

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

IGOR ANTONIO SANTANA DE SOUZA MUNIZ

**AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA  
PRÓPRIA SEGURANÇA**

PICOS – PIAUÍ  
2019

IGOR ANTONIO SANTANA DE SOUZA MUNIZ

**AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA  
PRÓPRIA SEGURANÇA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira

PICOS – PIAUÍ

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**M966a** Muniz, Igor Antonio Santana de Souza.

Avaliação da participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. / Igor Antonio Santana de Souza Muniz. -- Picos, PI, 2019.

51 f.

CD-ROM: 4 ¾ pol.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2019.

Orientador(A): Prof. Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira.

1. Segurança do Paciente. 2. Cuidados em Saúde. 3. Autocuidado (Paciente) – Segurança - Hospital. I. Título.

**CDD 614**

*Elaborada por Rafael Gomes de Sousa CRB 3/1163*

IGOR ANTONIO SANTANA DE SOUZA MUNIZ

**AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA  
PRÓPRIA SEGURANÇA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 19/06/2019.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira  
Universidade Federal do Piauí/ CSHNB  
Presidente da Banca



---

Karla Jessik Silva de Sousa Fernandes  
Hospital Regional Justino Luz/ HRJL  
1º examinador



---

Viviane Pinheiro de Carvalho  
Universidade Federal do Piauí/ CSHNB  
2º examinador

---

Samara Andréia de Barros  
Hospital Regional Justino Luz/ HRJL  
Suplente



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
( ) Dissertação  
 Monografia  
( ) Artigo

Eu, Igor Antonio Santana de Souza Muniz,  
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Avaliação da Participação do Paciente Hospitalizado com  
sua própria Segurança.  
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 18 de Julho de 2019.

Igor Antonio Santana de Souza Muniz  
Assinatura

Igor Antonio Santana de Souza Muniz  
Assinatura

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, guia e socorro presente nas horas de angústia, à minha mãe Ildene por tudo que fez por mim, pois sem ela não teria conseguido, aos meus irmãos pelo apoio, e não poderia deixar de citar o meu orientador, Professor Gilberto por toda sua dedicação, paciência e troca de conhecimentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois é d'Ele toda honra e vitória alcançada em minha vida.

À minha mãe por todos sacrifícios e renúncias que fez, para que eu pudesse concretizar um sonho e por sempre ter acreditado em mim.

Aos meus irmãos pela força e apoio, ao meu sobrinho, tias e a todos os familiares que sempre me apoiaram nessa longa jornada longe de todos.

Aos amigos que fiz na caminhada acadêmica, agradeço pelo companheirismo e trocas de experiências: Gil Lene, Jeanderson, Pepita, Katiane, Heidy Priscilla, Victorugo Guedes e em especial aos irmãos que a vida me apresentou em Picos, Wambério, Waltânia, Vâmbia e a toda família que já me sinto parte também.

Obrigado a todos os meus professores e preceptores, em especial ao meu orientador professor Gilberto por todo conhecimento compartilhado.

Muito obrigado a cada um de vocês!

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

(Fernando Pessoa)

## RESUMO

O termo segurança pode ser entendido como a ausência de exposição a situações de perigo e promoção da proteção contra ocorrência ou risco de lesão ou perda. A busca pela segurança dos pacientes internados dentro do ambiente hospitalar tem como finalidade reduzir os riscos para os mesmos mediante o acesso aos serviços hospitalares, e nesse sentido é fundamental que haja um equilíbrio entre o poder de decisão da instituição, dos profissionais e do próprio indivíduo que recebe os cuidados. Objetivou-se avaliar o nível de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital de referência pertencente à Rede de Atenção Terciária do SUS, em Picos-Piauí, nos meses de março, abril e maio de 2019. A amostra foi composta por 85 pacientes, e a coleta de dados aconteceu durante visitas aos setores de clínica médica e cirúrgica da instituição pesquisada. Foram relatados dados referentes às informações da internação dos pacientes (motivo da internação, classificação da doença, número de internações e dias hospitalizados) e sobre a participação dos pacientes em relação a determinados aspectos do tratamento por meio de um questionário aplicado. Os achados foram agrupados em um banco de dados eletrônico e posteriormente adicionados ao SPSS 20.0 para julgamento exploratório e estatístico através do teste exato de Fisher e do coeficiente  $r$  de Pearson. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (nº 3.018.102). A maior parte dos pacientes entrevistados apresentou um conhecimento ou participação considerável sobre os seguintes pontos: 28 (32,9%) diagnóstico da doença, 44 (51,8%) a divisão de responsabilidades com a pessoa que exercia o papel de acompanhante, e 32 (37,6%) a participação ativa na tomada de decisões em relação ao seu tratamento. Nos demais pontos, indagados no questionário aplicado, os pacientes relataram um menor conhecimento ou pouca participação em relação ao tratamento, sendo que 70 (82,4%) pacientes não apresentava conhecimento sobre os profissionais de saúde, 54 (63,5%) não conheciam no plano terapêutico e 60 (70,6%) não sabiam sobre o tempo que permaneceriam hospitalizados. Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que venham a auxiliar os pacientes no desenvolvimento de hábitos e comportamentos importantes para a manutenção da segurança e promoção de saúde no ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Qualidade dos cuidados de Saúde; Participação do paciente.

## ABSTRACT

The term security can be understood as the absence of exposure to dangerous situations and promotion of protection against occurrence or risk of injury or loss. The search for the safety of hospitalized patients within the hospital environment aims to reduce the risks for them through access to hospital services, and in this sense it is fundamental that there is a balance between the decision power of the institution, professionals and the individual who receives care. The objective of this study was to evaluate the level of participation of hospitalized patients with their own safety. This is a descriptive-exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, developed in a referral hospital belonging to the SUS Tertiary Care Network in Picos-Piauí, in the months of March, April and May 2019. The sample was composed of 85 patients, and the data collection took place during visits to the medical and surgical clinic sectors of the research institution. Data regarding patient hospitalization information (reason for hospitalization, classification of the disease, number of hospitalizations and hospitalized days) and on the participation of patients in relation to certain aspects of treatment were reported using an applied questionnaire. The findings were grouped in an electronic database and later added to SPSS 20.0 for exploratory and statistical judgment using Fisher's exact test and Pearson's  $r$  coefficient. The study was approved by the Ethics Committee (No. 3,018,102). Most of the patients interviewed presented considerable knowledge or participation on the following points: 28 (32.9%) diagnosed the disease, 44 (51.8%) divided the responsibilities with the person who acted as the companion, and 32 (37.6%) the active participation in decision making in relation to their treatment. In the remaining questionnaires applied in the questionnaire applied, the patients reported less knowledge or little participation regarding the treatment, and 70 (82.4%) patients did not present knowledge about the health professionals, 54 (63.5%) did not know in the therapeutic plan and 60 (70.6%) did not know how long they would remain hospitalized. Thus, it is necessary to develop strategies that will help patients in the development of habits and behaviors important for maintaining safety and health promotion in the hospital environment.

**Keywords:** Patient safety; Quality of health care; Patient participation.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos dados relativos à internação do paciente. Picos-PI, 2019.....	27
Tabela 2	Apresentação das frequências de respostas à escala de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. Picos-PI, 2019.....	28
Tabela 3	Análise da associação entre as variáveis relacionadas ao paciente e sua internação com as questões do instrumento de participação com seu próprio cuidado.....	31

## LISTA DE SIGLAS

COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
EA	Evento Adverso
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SPSS	<i>Statistical Software for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Segurança do Paciente.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Avaliação do conhecimento e participação de pessoas hospitalizadas acerca do tratamento.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do Estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta, organização e análise dos dados.....</b>	<b>24</b>
<b>4.5</b>	<b>Componente Ético do Estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADO.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE A-Instrumento de Avaliação da Participação do Paciente Hospitalizado com sua própria Segurança .....</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXO A-Mini-Exame do Estado Mental.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, inúmeros são os esforços das Instituições de Saúde para garantirem a excelência dos processos de cuidados, envolvendo a prestação de uma assistência segura, de boa qualidade e com otimização dos resultados. Para tanto, existem programas que visam avaliar a qualidade desses serviços, destacando-se como exemplo a *Joint Commission International* (JCI) (VELHO; TREVISIO, 2013).

De acordo com Aguiar *et al.* (2017), a JCI ao definir segurança como ausência de exposição ao perigo e proteção contra ocorrência ou risco de lesão ou perda, estabeleceu diretrizes e seis metas internacionais de segurança visando reduzir riscos para os pacientes que acessam os serviços hospitalares.

Nessa perspectiva, no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Nesse cenário, um de seus objetivos específicos é a participação dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

No mesmo propósito, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) elaborou os 10 passos para a Segurança do Paciente, sendo estes: 1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas – Conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de lesão por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologias (SÃO PAULO, 2010; CALDANA *et al.*, 2015).

Esses passos podem ser implementados em diversos contextos de trabalho e norteiam a prática da assistência segura, através da descrição de cuidados básicos de enfermagem e orientações acerca de aspectos relevantes para a promoção da segurança do paciente. Dentre estes, reitera-se a importância da participação do paciente com sua própria segurança como fator primordial na promoção da sua saúde.

Sabe-se que uma das premissas para se atingir a segurança dos pacientes nas instituições hospitalares é procurar envolvê-los nas decisões relativas ao seu tratamento, proporcionando-lhes momentos de educação em saúde, reforçando

informações sobre sua doença, cuidados ofertados e acerca do protagonismo que devem assumir durante o momento da hospitalização.

Uma das principais áreas de ação da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a segurança do paciente é o engajamento dos mesmos em iniciativas para sua própria segurança (ANVISA, 2013). Essas iniciativas dizem respeito a um sistema complexo, que visa colocar o paciente como centro do cuidado e que consiste em um desafio aos profissionais da saúde, pois estes devem incorporar a cultura de segurança para si e aliar qualidades específicas, tais como: comunicação efetiva, empatia e capacidade de resposta às necessidades dos clientes.

A maior parte dos pacientes não conhece seus direitos e aqueles que o fazem, muitas vezes, não são compreendidos pelos profissionais da saúde. Parte da equipe de saúde reage mal, quando são indagados sobre qual o tipo de medicamento está sendo administrado, ou quando solicitam uma segunda opinião sobre seu diagnóstico. Raros são os estabelecimentos de saúde que preparam seus profissionais para informar ao paciente e seus familiares que um erro foi cometido (BRASIL, 2014).

Isso corrobora para a complexidade existente quando o paciente se empondera de sua própria segurança. Além disso, desafios como estes dificultam o desenvolvimento de estratégias em prol da segurança do usuário nas instituições. Portanto, é necessário que se identifique as limitações que afetam a confiança do paciente na utilização desses serviços.

Oliveira *et al.* (2014) afirmam que o paciente constitui a última barreira para evitar-se um erro. Ele tem o direito de ser informado sobre todos os aspectos de sua terapêutica medicamentosa, tendo assim, a oportunidade de, por meio do conhecimento e de uma comunicação efetiva, tornar-se participante ativo no seu próprio tratamento.

Mediante a isso, surge o questionamento: qual o nível de participação do paciente com sua própria segurança no ambiente hospitalar?

Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de se mensurar esse grau de participação do paciente no contexto da assistência segura, a fim de contribuir para a melhoria dos padrões de qualidade dos atendimentos em saúde e para os estudos a respeito da segurança do paciente. Ademais, compreender a relação dos pacientes com os profissionais de saúde, as limitações e anseios, o conhecimento acerca de seu tratamento e sua participação ativa na tomada de decisões em saúde

é relevante para a identificação das fortalezas e ameaças que afetam o desenvolvimento de uma assistência segura e eficaz.

## **2 OBJETIVO**

Avaliar o nível de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Segurança do Paciente

A segurança do paciente está cada vez mais evidente em instituições de saúde que buscam a qualidade da assistência, a satisfação do paciente e a prevenção de eventos adversos. Tendo em vista a relevância desta temática para o bom prognóstico do paciente, inúmeros esforços têm sido feitos para assegurar a qualidade na assistência, e para esse desafio têm sido implantados programas de certificação e acreditação que auxiliam na adequação de processos em nível tanto administrativo como assistencial.

Além desses, é possível o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, promovendo melhorias no serviço e maior segurança ao paciente, por meio da utilização de boas práticas. A exemplo disso, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o PNSP, com o objetivo de implementar medidas assistenciais, educativas e programáticas destinadas à segurança do paciente por meio da implementação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014).

Dentre esses programas, destacam-se: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que em parceria com o Ministério da Saúde avalia os serviços gerenciais, profissionais, de apoio ao paciente e de organização da assistência de enfermagem; e a JCI, que estabelece as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, as quais incluem elementos de mensuração específicos, tais como: identificação correta dos pacientes; melhoria na efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência; aperfeiçoamento da segurança no uso de medicações de alto risco; eliminação de cirurgias em lado errado, paciente errado, procedimentos errados e; redução dos riscos de dano e lesão ao paciente vítima de queda (AGUIAR *et al.*, 2017).

A preocupação desses programas em assegurar uma assistência de excelência deve-se ao número crescente de eventos adversos ocorridos nas instituições hospitalares. Pode-se considerar Evento Adverso (EA) um efeito ou ação, intencional ou não, que resulta em dano desnecessário à saúde do paciente e que poderia ser evitado (ROQUE; MELO, 2012).

Um relatório publicado pelo *Institute of Medicine* há quase duas décadas, intitulado “Errar é Humano: construindo um sistema mais seguro de saúde”, estimou que entre 44.000 a 98.000 pessoas morrem nos hospitais a cada ano, em decorrência de erros médicos que poderiam ser evitados (IOM, 2000). Quanto isso, na atualidade, afirmar que o paciente institucionalizado está isento de riscos pode parecer uma utopia, pois a assistência em saúde é caracterizada pela complexidade do sistema e, por conseguinte, pela estrutura, processo e resultados que este apresenta e desenvolve. Por isso a necessidade de se reduzir a incidência de danos aos pacientes hospitalizados.

Oliveira *et al.* (2014) demonstra em seu estudo a preocupação dos enfermeiros com a existência de riscos físicos, químicos e mecânicos que afetam o cuidado de enfermagem e que geram insegurança para o paciente assistido na instituição.

Ainda no âmbito da assistência de enfermagem, a maioria dos eventos adversos está relacionada à administração de medicamentos, envolvendo erros no horário, dose e técnica de utilizada. Outros eventos adversos podem estar relacionados com a vigilância ao paciente quanto ao uso de sondas, drenos e cateteres (DUARTE, 2015).

Vale ressaltar que na cultura de segurança, ocorrências como estas não se devem ao ato de um único profissional, mas sim ao contexto de trabalho onde este está inserido. Dessa forma há diversos fatores desencadeadores de danos, relacionados à prática insegura em saúde, tais como: as precárias condições de trabalho, carga horária excessiva, estresse, desatenção do profissional, aparato tecnológico existente no serviço, má remuneração, dimensionamento de pessoal inadequado e a comunicação ineficaz entre profissional-profissional, profissional-paciente e profissional-família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com Nogueira e Rodrigues (2015), os problemas de comunicação acarretam transtornos nas atividades da equipe multidisciplinar, a ponto de os profissionais culparem-se uns aos outros pelas falhas, fatos que ocasionam desgastes emocionais, atrasos e/ou omissão na administração dos medicamentos e ainda geram gastos desnecessários às instituições hospitalares, contribuindo para uma má qualidade da assistência em saúde.

Segundo Velho e Treviso (2013) para se atingir um melhor nível de segurança na prestação da assistência, faz-se necessário maior investimento humano e financeiro em capacitações e formação profissional. Tornar o profissional mais

capacitado a interagir com a nova proposta requer também que este possa reconhecer a missão da instituição focada no cuidado ao ser humano, perceber os valores e objetivar a visão como uma questão estrutural. Devendo se posicionar enquanto participante de uma organização que busca ser modelo em qualidade.

Portanto, faz-se necessário implementar entre os profissionais a cultura de segurança, baseada no conhecimento científico, raciocínio crítico, liderança, comunicação efetiva, trabalho em equipe e cuidado holístico. Sendo que esse conjunto de fatores, quando aderidos por todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar, corroboram para a excelência nas ações prestadas e melhor interação entre os profissionais e pacientes, constituindo-se uma barreira para a ocorrência de erros.

### **3.2 Avaliação do conhecimento e participação de pessoas hospitalizadas acerca do tratamento**

A implementação da cultura de Segurança do Paciente nas instituições hospitalares requer a colaboração de um conjunto de fatores: profissionais, pacientes, gestores e órgãos envolvidos no atendimento à saúde, a fim de promoverem uma assistência de qualidade e evitar danos não só aos pacientes, mas também a toda equipe de saúde.

Dentre esses fatores, destaca-se a participação ativa do paciente no seu processo de tratamento. Pois, de acordo com Tzeng e Yin (2014) o engajamento do paciente sob seus cuidados de saúde poderia se traduzir em melhorias mensuráveis em termos de segurança e qualidade, tendo em vista que este pode fornecer informações importantes a respeito de si mesmo.

É essencial que o paciente seja atuante e conhecedor do seu estado de saúde, para desse modo ser participativo, colaborativo e ter empoderamento em seu próprio cuidado, diminuindo a possibilidade de ocorrência de qualquer tipo de evento adverso no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Siman e Brito (2016) corroboram que a comunicação clara e efetiva com o paciente é determinante para sua segurança, principalmente quando esta acontece integrando os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, além de contribuir para a continuidade e consecução dos cuidados prestados pela equipe, a

comunicação é ferramenta essencial na obtenção de informações valiosas para a conduta terapêutica (BROCA; FERREIRA, 2015).

Um estudo realizado na Polônia destaca as responsabilidades do paciente acerca do seu tratamento, assim como a necessidade de resposta dos profissionais às expectativas dos pacientes, as quais se enquadram em oito domínios, sendo estes: dignidade, autonomia, confidencialidade, comunicação, pronta atenção, escolha do prestador de serviços, acesso ao apoio social e qualidade de serviços básicos (GROMULSKA *et al.*, 2014).

A dignidade refere-se a um tratamento respeitoso por parte da equipe de cuidados, ao direito de levantar questionamentos e fornecer informações durante as consultas e tratamento e a privacidade durante o exame. A autonomia significa o direito de um indivíduo de ser informado sobre a sua doença e opções alternativas de tratamento, de ser consultado sobre este e de expressar o consentimento informado no contexto de testes (GROMULSKA *et al.*, 2014).

Ainda nesse contexto, pesquisas têm explorado os fatores que influenciam a vontade e motivação dos pacientes para participar de iniciativas de segurança. Pouco se sabe, no entanto, sobre quais atributos pessoais dos pacientes são importantes quando se deseja maximizar sua participação segura na área da saúde. Tais atributos podem ser recursos importantes quando os pacientes desejam participar ativamente como parceiros em sua terapia (BUETOW *et al.*, 2013). Dentre esses, destaca-se a literacia como o processo de aprendizagem, compreensão e conhecimento do paciente acerca das suas condições de saúde e da construção do seu empoderamento.

Entretanto, a construção da participação ativa do paciente pode ser considerada complexa, no sentido de que alguns pacientes possuem baixo letramento, justificada pelas suas condições socioeconômicas e culturais. Além disso, é necessário também, a existência de atributos específicos por parte dos profissionais, tais como: confiança, empatia, comunicação eficaz e escuta ativa. Pois, Ques, Montouro e Gonzáles (2010) perceberam certa desconfiança do usuário em relação aos profissionais sanitários e vice-versa, o que se traduz em perda de credibilidade e diminuição do interesse em participar das decisões clínicas.

Por outro lado, os pacientes identificaram os profissionais de enfermagem como seus melhores defensores ante os riscos do sistema sanitário e existe reconhecimento da participação chave da enfermagem na segurança do paciente,

pela sua presença durante as 24h do dia com os mesmos (QUES; MONTOURO; GONZÁLES, 2010).

Corroborando com os tais achados, Silva e Barros (2015) referem que uma maior confiança e segurança são transmitidas quando a comunicação é estabelecida de maneira consistente. Essa relação facilita que o cliente conte com o profissional sob quaisquer circunstâncias do seu processo saúde-doença, bem como contribui para o reestabelecimento de sua saúde em menos tempo.

Convidar e incentivar pacientes e familiares a tornarem-se parceiros críticos na observação e na reivindicação das melhores práticas de saúde significa uma estratégia útil e promissora dentro dos esforços existentes nas instituições de saúde para promoção de saúde e segurança do paciente. Ademais, é válido estimular para atuarem como auditores em todo o processo assistencial, no sentido de garantir a execução das melhores práticas baseadas em evidências científicas (ANVISA, 2013).

Portanto, acredita-se que a capacidade crítica que o paciente possui deve ser estimulada pelos profissionais na busca de torná-lo mais ativo e participante em seu processo de cuidar, pois propõe à equipe uma atenção maior à assistência prestada, explicações frequentes nas ações executadas, sendo a ocorrência de erros menos evidentes.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal e com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm a finalidade de observar, registrar e analisar os fenômenos visando descobrir com que frequência ocorrem, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características sem interferência do pesquisador, fatores ou variáveis que se relacionam com o processo (FIGUEIREDO e SOUZA 2011).

Hulley *et al.* (2006) reforçam que os estudos transversais não exigem períodos de acompanhamento longos para que seja garantida a fidelidade dos dados, pois todas as medições do fato são realizadas em um único momento. Ressaltam ainda que permite revelar associações entre a ocorrência do desfecho e os seus fatores preditores sendo extremamente conveniente para se estudar redes de associações causais.

O delineamento foi de natureza quantitativa, por permitir estabelecer relações entre as variáveis: grau de participação do paciente com sua própria segurança *versus* sexo, idade, tempo de internação e nível de escolaridade, através de comprovações estatísticas, o que aumenta a confiabilidade das inferências e sublima as chances de distorções.

### 4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital de referência pertencente à Rede de Atenção Terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Picos-Piauí. Sua missão é desenvolver atividades de ensino e pesquisa em diferentes áreas de formação como: enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicopedagogia, e atender casos de moderada a alta complexidade em nível terciário de assistência à saúde.

Os setores selecionados para a pesquisa foram às unidades de clínica médica e cirúrgica da referida Instituição, as quais se encontram divididas em dois postos de enfermagem. A unidade de clínica médica, de modo geral, é responsável por uma ocupação de 34 leitos distribuídos no atendimento às seguintes especialidades: cardiologia, clínica médica, endocrinologia, gastroenterologia, pneumologia,

neurologia e nefrologia. Já a unidade cirúrgica possui uma ocupação de 30 leitos para atender as demandas de cirurgia geral, ortopédica e cirurgia vascular.

A seleção desse local para o estudo explica-se devido os hospitais de ensino estarem em posição estratégica no cenário da assistência à saúde, pois são formadores de profissionais que mediante a adoção de práticas seguras poderão contribuir para a redução da ocorrência de erros e implantação de um processo terapêutico medicamentoso mais seguro.

### **4.3 Sujeitos do Estudo**

A coleta de dados ocorreu nos meses de março, abril e maio de 2019, durante visitas aos setores de clínica médica e cirúrgica da instituição, nos turnos manhã e/ou tarde, de segunda-feira à sábado, de acordo com a disponibilidade dos pacientes em responderem ao instrumento de pesquisa, e respeitando a dinâmica de trabalho da unidade. As visitas foram realizadas em dias alternados de modo que, para cada dia de coleta houve dois dias de intervalo, perfazendo um total de 10 visitas por mês.

Considerando que nessas unidades a rotatividade de pacientes é frequente, a amostra foi intencional do tipo bola de neve, totalizando 91 pacientes. Ressalta-se que os seis primeiros pacientes abordados foram excluídos da representatividade amostral devido terem sido utilizados sujeitos para o pré-teste do instrumento de coleta de dados. Foram considerados critérios de inclusão: paciente internado nas unidades de clínica médica ou cirúrgica há mais de 24 horas, idade superior a 18 anos e grau de orientação neurológica preservada conforme aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEM) (ANEXO A). Foram excluídos da amostra, aqueles que estavam mantidos sob algum grau de sedação, tivessem menos de 18 anos e com a data da admissão no setor há menos de 24 horas da coleta.

### **4.4 Coleta, organização e análise dos dados**

A pesquisa foi realizada mediante abordagem do pesquisador ao paciente que o convidou para participar do estudo, bem como lhe explicou sobre sua finalidade e importância. Foi aplicado um instrumento que foi respondido pelo próprio paciente, ou pelo pesquisador, quando o paciente lhe solicitava auxílio, como por exemplo, leitura para compressão das perguntas feitas.

O instrumento de pesquisa (APÊNDICE A) é dividido em duas partes: a primeira, contendo dados sobre o paciente, a doença e frequência de internação; já a segunda, apresenta 14 itens relacionados a participação do paciente com sua própria segurança, os quais podem ser pontuados de acordo com a Escala de Likert de 1 a 5, sendo: 1 - considero muito fraca minha participação; 2 - considero fraca minha participação; 3 - considero minha participação boa, mas acredito que posso melhorar; 4 - considero minha participação boa; 5 - considero minha participação excelente.

Após a coleta, os achados foram compilados em um banco de dados eletrônico de acordo com cada variável estudada e posteriormente adicionados ao SPSS (*Statistical Software for the Social Science*) 20.0 para julgamento exploratório e estatístico por meio do teste exato de Fisher e do coeficiente  $r$  de Pearson para mensurar associação entre variáveis.

Os resultados foram apresentados em tabelas e a discussão a partir de outras pesquisas similares num profundo diálogo que foi estabelecido junto aos referenciais teóricos sobre a Segurança do Paciente.

#### **4.5 Componente Ético do Estudo**

Este estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Respeitou-se os princípios fundamentais de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Ressalta-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, localizado em Picos- PI, sob o protocolo nº 3.018.102.

Aos que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B), onde constava todas as informações detalhadas sobre o trabalho, a liberdade de desistir do mesmo a qualquer momento e, ainda, que a pesquisa não trazia nenhum prejuízo ou complicações de ordem física ou psicológica para os participantes. A identidade dos participantes foi preservada e essa pesquisa não trouxe nenhum ônus financeiro para os mesmos.

Quanto aos riscos, a pesquisa ofereceu grau de risco mínimo, podendo haver sentimento de medo e/ou insegurança ao responder o instrumento da pesquisa, para isso o pesquisador estava disponível para sanar todas as dúvidas até completo esclarecimento por parte do participante.

Sobre os benefícios, o participante contribuiu para a produção de conhecimento científico acerca da temática segurança do paciente bem como teve a oportunidade de saber o quanto sua participação pôde ajudar no enfrentamento da hospitalização. Ademais, acredita-se que futuramente os resultados deste estudo poderão contribuir para elaboração de estratégias que otimizem a participação dos pacientes hospitalizados com sua segurança, favorecendo a prestação do cuidado seguro.

## 5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se ao nível de participação dos pacientes em relação a sua própria segurança, entre os meses de março, abril e maio de 2019 no hospital de referência pertencente à Rede de Atenção Terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), em Picos-Piauí.

A Tabela 1 mostra a distribuição das informações referentes a internação do paciente. Foi observado que 44 (51,8%) dos pacientes foram internados por motivo cirúrgico e que 74 (87,1%) das doenças que levaram esses indivíduos a internação foram classificadas como do tipo aguda. Em relação ao número de internações, 64 (75,3%) dos pacientes foram internados apenas 1 vez, e 56 (65,9%) dos pacientes permaneceram hospitalizados por um período inferior a 1 semana.

Tabela 1- Distribuição dos dados relativos à internação do paciente. Picos-PI, 2019.

	n	%
<b>Motivo da internação</b>		
Cirúrgico	44	51,8
Clínico	41	48,2
<b>Classificação da doença</b>		
Aguda	74	87,1
Crônica	11	12,9
<b>Número de internações hospitalares</b>		
1	64	75,3
2-4	19	22,4
5 ou mais	2	2,4
<b>Número de dias hospitalizados</b>		
Menos de 1 semana	56	65,9
De 1 a 3 semanas	27	31,8
De 4 a 8 semanas	2	2,4

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 contém a frequência de resposta à escala referente a participação do paciente hospitalizado em relação a sua segurança.

Em relação aos itens que apresentaram muito fraca a participação (resposta 1) por parte dos pacientes, pode-se destacar: 70 (82,4%) apresentaram pouca participação referente ao conhecimento do nome dos profissionais que prestavam os cuidados de saúde no ambiente hospitalar aos mesmos, 60 (70,6%) apresentaram muito fraca participação em relação ao conhecimento sobre a previsão do tempo em

que encontravam-se hospitalizados e 54 (63,5%) apresentaram pouca participação sobre as informações referentes ao tratamento que estava sendo ofertado.

Sobre o item que apresentou muita ou excelente participação, apenas um ficou acima da média, onde 44 (51,8%) dos pacientes tiveram excelente participação referente a presença da prestação de assistência por um acompanhante e repasse das informações sobre o tratamento para o mesmo.

Tabela 2- Apresentação das frequências de respostas à escala de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. Picos-PI, 2019.

	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Você conhece, por nome, os profissionais que cuidam de você com frequência no ambiente hospitalar?	70	82,4	9	10,6	5	5,9	0	0	1	1,2
Você sabe qual o seu diagnóstico clínico?	20	23,5	9	10,6	15	17,6	13	15,3	28	32,9
Você conhece o plano terapêutico (tratamento) que está planejado para você?	54	63,5	9	10,6	14	16,5	4	4,7	4	4,7
Você sabe quais medicamentos está utilizando?	28	32,9	18	21,2	29	34,1	5	5,9	5	5,9
Você sabe qual a finalidade dos medicamentos que está utilizando?	27	31,8	16	18,8	25	29,4	10	11,8	7	8,2
Você costuma perguntar quais procedimentos serão realizados em você?	27	31,8	11	12,9	21	24,7	7	8,2	19	22,4
Você costuma perguntar quais os resultados dos exames que são realizados em você?	33	38,8	13	15,3	23	27,1	4	4,7	12	14,1

Continua.

Tabela 2- Apresentação das frequências de respostas à escala de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. Picos-PI, 2019. (Continuação)

	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Você costuma tirar suas dúvidas acerca do tratamento e da doença com algum profissional de saúde?	17	20,0	12	14,1	26	30,6	10	11,8	20	23,5
Você se sente seguro em ser tratado pela equipe deste hospital?	12	14,1	9	10,6	33	38,8	12	14,1	19	22,4
Considerando a infraestrutura, você se sente seguro em estar hospitalizado nesta instituição?	37	43,5	23	27,1	18	21,2	2	2,4	5	5,9
Você sabe qual a previsão do tempo de hospitalização?	60	70,6	13	15,3	10	11,8	0	0	2	2,4
Você observa atentamente a execução de todos os procedimentos (exames, medicamentos, dieta) que lhe são oferecidos/realizados?	24	28,2	15	17,6	23	27,1	10	11,8	13	15,3
Se você está sendo assistido por algum acompanhante, com que frequência você passa as responsabilidades de vigilância do seu tratamento para ele?	2	2,4	1	1,2	23	27,1	15	17,6	44	51,8
Você participa das decisões sobre seu tratamento?	22	25,9	6	7,1	19	22,4	6	7,1	32	37,6

Fonte: Dados da pesquisa.

A associação entre as variáveis relacionadas aos pacientes com as questões do instrumento está descrita na Tabela 3 e mostra que a idade dos participantes apresentou correlação estatística com as questões referentes ao conhecimento do seu diagnóstico clínico ( $p=0,015$ ), do plano terapêutico ( $p=0,034$ ), dos medicamentos que estão sendo utilizados ( $p=0,022$ ), sobre a finalidade dos medicamentos ( $p=0,014$ ), dos procedimentos que serão realizados ( $p=0,000$ ), sobre tirar dúvidas acerca do tratamento ( $p=0,007$ ), se observa atentamente a execução de todos os procedimentos ( $p=0,001$ ), sobre a participação nas decisões do tratamento ( $p=0,010$ ). Já em relação à escolaridade, mostrou-se significância estatística com as mesmas questões acima, acrescida da pergunta sobre os resultados dos exames ( $p=0,000$ ).

O sexo esteve relacionado com as perguntas sobre previsão do tempo de hospitalização ( $p=0,048$ ) e se passa as responsabilidades de vigilância do seu tratamento para o acompanhante ( $p=0,028$ ). O motivo da internação relacionou-se com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ( $p=0,034$ ), com o conhecimento sobre seu diagnóstico clínico ( $p=0,003$ ), conhecimento sobre a finalidade dos medicamentos que usa ( $p=0,003$ ) e de perguntar quais procedimentos serão realizados ( $p=0,013$ ).

A classificação da doença mostrou significância apenas com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ( $p=0,030$ ) e se passa as responsabilidades de vigilância do seu tratamento para o acompanhante ( $p=0,049$ ). O número de internações hospitalares teve relação com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ( $p=0,000$ ), com o conhecimento sobre o plano terapêutico ( $p=0,012$ ), com o conhecimento da previsão do tempo de internação ( $p=0,043$ ) e sobre a participação nas decisões do tratamento ( $p=0,020$ ). O número de dias hospitalizado relacionou-se fortemente com o conhecimento do nome dos profissionais que cuidam com frequência no ambiente hospitalar ( $p=0,000$ ) e com a participação nas decisões do tratamento ( $p=0,012$ ).

As questões sobre sentir-se seguro em ser tratado pela equipe do hospital e sentir-se seguro em estar hospitalizado na instituição, pela infraestrutura, e não se relacionaram estatisticamente com nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 3. Análise da associação entre as variáveis relacionadas ao paciente e sua internação com as questões do instrumento de participação com seu próprio cuidado.

Variáveis	Questões do instrumento													
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
Idade	,249	,015	,034	,022	,014	,000	,118	,007	,196	,086	,249	,001	,296	,010
Escolaridade	,871	,018	,003	,000	,009	,000	,000	,001	,204	,771	,086	,000	,705	,002
Sexo	,464	,472	,134	,378	,895	,277	,426	,469	,129	,781	,048	,241	,028	,156
Motivo internação	,034	,003	,312	,083	,003	,013	,070	,123	,192	,674	,213	,098	,768	,169
Class. da doença	,030	,401	,508	,648	,577	,692	,481	,537	,143	,571	,395	,319	,049	,422
Nº de internações hospitalares	,000	,063	,012	,319	,297	,136	,489	,118	,337	,321	,043	,345	,181	,020
Nº de dias hospitalizados	,000	,693	,579	,104	,278	,145	,343	,204	,486	,870	,523	,182	,892	,012

## 6 DISCUSSÃO

O presente trabalho investigou o nível de participação apresentado pelos pacientes referente a sua própria segurança no hospital de referência pertencente à Rede de Atenção Terciária do SUS, em Picos-PI, no ano de 2019.

No que se refere ao motivo que levou os pacientes a serem internados, a causa predominante foi cirúrgica (51,8%). Para Castro *et al.* (2016), de uma forma geral, as causas cirúrgicas ocuparam o segundo lugar (34%) entre os motivos de internação em seu estudo, perdendo apenas para as condições cardiovasculares (45%). Porém, os autores se referiam as internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Acredita-se que os procedimentos cirúrgicos oferecem risco de complicações e desenvolvimento de infecções, sendo esta favorecida por diversos fatores ao longo do pré, trans e pós-operatório, o que pode levar a necessidade de internação do paciente (ARAUJO; OLIVEIRA, 2015; BERTI *et al.*, 2017).

Um percentual de 87,1% das doenças que levaram os pacientes a internação eram do tipo aguda. Apesar do resultado apresentado neste trabalho, o que se pode observar na literatura é uma mudança nos padrões de internação nos hospitais, tanto em países desenvolvidos quanto subdesenvolvidos (PFUNTNER *et al.*, 2013; MITANO *et al.*, 2016). No Brasil pode-se verificar uma redução do cenário das doenças infecciosas e um aumento da quantidade de patologias crônicas e progressivas (CARVALHO *et al.*, 2014).

A maior parte dos pacientes (75,3%) foi internado apenas uma única vez e 65,9% permaneceram menos de uma semana hospitalizados. Pensando nos gastos do sistema público com esses indivíduos, torna-se necessário um olhar mais atento para essa situação, pois a realização de internações que poderiam ser evitadas acabam causando impactos no orçamento público, representando um desperdício do dinheiro que seria utilizado para o custeio de outros serviços de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

Schmidt *et al.* (2014) relataram que a variação de dias de hospitalização em seu estudo foi entre 1 e 22 dias, sendo a média de cinco dias. Para Araújo e Whitaker (2016), o aumento no tempo de hospitalização pode ser resultado do surgimento de quadros infecciosos, fazendo com que o paciente tenha que ser submetido a novas terapias medicamentosas, prolongando o tempo de internação.

Mesmo com toda a terapêutica a favor da melhora do quadro do paciente e sua alta do hospital, foi observado um aumento na demanda para internações. Dessa forma, os autores enfatizam a necessidade do conhecimento do perfil desses pacientes, das doenças prévias à hospitalização, bem como sobre as questões referentes a internação do mesmo, com o intuito de construir uma reflexão acerca dos impactos gerados por essa situação na saúde desses indivíduos (SOUZA *et al.*, 2014).

Sobre o conhecimento dos profissionais envolvidos no tratamento, 82,4% dos pacientes relataram informações precárias sobre esse aspecto, o que demonstrou uma falta de reconhecimento dos mesmos referente as questões básicas dos profissionais que formavam a equipe de saúde, como por exemplo, o nome desses últimos. Pode ser observado na literatura a presença de dificuldades nas relações entre esses profissionais e os usuários dos serviços de saúde pública e privada (OTANI, 2013), tornando necessário melhorar a articulação já existente, para a promoção de uma maior interação entre a equipe, pacientes e familiares (AZEVEDO; LANÇONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Sobre o diagnóstico clínico, a maior parte dos pacientes (32,9%) apresentaram muito conhecimento sobre a temática. Acredita-se que entender a doença, o diagnóstico e a situação de saúde pode ser fundamental para o sucesso do tratamento. Dessa forma, Palmeira e Gewehr (2018) relatam que é necessário buscar a humanização do atendimento, procurando entender o paciente dentro do processo terapêutico.

Foi verificado que houve predominância de pacientes (32,9%) que apresentavam pouco conhecimento sobre a medicação utilizada ao longo do tratamento. Segundo Dresch, Amador e Heineck (2016) os pacientes que participaram do seu estudo apresentaram um nível regular de informações referentes as medicações utilizadas ao longo de tratamentos odontológicos, como prescrição da medicação, nome do medicamento, motivo do uso, dose e frequência nos quais são administrados. O fato dos pacientes apresentarem esses conhecimentos é de fundamental importância, sendo que a educação em saúde, bem como a oferta de orientações adequadas a essa população contribui para a prestação de uma assistência segura (VIOLA *et al.*, 2014).

Sobre o plano terapêutico aplicado, a maioria dos indivíduos (63,5%) apresentavam pouco conhecimento sobre o mesmo e apenas 23,5% tiravam as dúvidas acerca do tratamento com a equipe de saúde, mostrando uma pouca

participação nos aspectos citados. Tais resultados demonstraram uma situação preocupante, já que as informações básicas prestadas pelos profissionais de saúde contribuem para a manutenção da segurança do paciente, uma vez que estes conseguem tirar suas dúvidas e entender a sua situação de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Estima-se que no Brasil ocorra uma incidência de 5% de eventos adversos durante o período em que o paciente permanece internado, podendo esses serem evitados com as medidas adequadas (MENDES *et al.*, 2013). O doente precisa receber orientações em relação ao seu estado de saúde, além de ser conscientizado sobre as questões referente a sua segurança e efeitos adversos dentro do ambiente hospitalar (SILVA *et al.*, 2018). Quando o mesmo entende da sua participação e responsabilidade com o tratamento, ocorre um aumento das chances da comunicação entre esses indivíduos e os profissionais de saúde acontecer de uma melhor forma, e consequentemente, obter melhores resultados ao longo da terapêutica (TADDEO *et al.*, 2012).

A maioria dos pacientes (31,8%) relataram não indagar os profissionais em relação aos procedimentos feitos e 38,8% não buscam se informar sobre os resultados dos exames realizados. Tais resultados podem apontar provavelmente uma insegurança do paciente em realizar esses questionamentos, o que pode apontar segundo a literatura, uma falha na comunicação, muitas vezes acontecendo entre a própria equipe profissional e desta com os pacientes, contribuindo para a redução da qualidade de vida desses últimos e comprometendo a segurança do cuidado em saúde, já que a forma como procede a comunicação é imprescindível para determinar esse aspecto (LEE; ALLEN; DALY, 2012; BAGNASCO *et al.*, 2013; DANIELS; AUGUSTE; 2013; MAXFIELD *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2014). Melo, Cristo e Guilhem (2015) enfatizam ainda que uma boa comunicação representa uma base para a prática da humanização nos serviços de saúde.

Em relação à sensação de segurança passada pela equipe do hospital aos pacientes, apenas 22,4% dos pacientes relataram plena confiança nos profissionais. Um estudo mostrou uma média satisfatória dos pacientes em relação a avaliação da segurança no tratamento ofertado (SCHMIDT *et al.*, 2014). O paciente precisa sentir-se seguro dentro do ambiente hospitalar em relação aos serviços prestados. A forma como os profissionais de saúde entende esse aspecto, principalmente no que concerne a equipe de enfermagem, pode mudar a visão dos mesmos em relação a

execução dos seus serviços e da sua profissão, refletindo de forma direta na segurança do doente (AUSSERHOFER *et al.*, 2013).

Um percentual de 43,5% dos entrevistados relataram não se sentirem seguros na instituição em que se encontravam hospitalizados. No trabalho de Andrade *et al.* (2018), foi observado a nota dada por profissionais de saúde em relação a segurança do paciente nas três instituições estudadas, sendo que o hospital privado apresentou uma melhor média (8,2) quando comparado as outras instituições. Entretanto, 62,9% dos entrevistados deram uma nota boa ou excelente para o hospital federal e 25,9% apresentaram a mesma classificação (boa ou excelente) para o hospital estadual.

Ainda sobre o quesito anterior, Shimidt *et al.* (2014) relataram em seu trabalho uma avaliação baixa dos pacientes quando indagados sobre o ambiente hospitalar. Os autores justificaram esse resultado pela precariedade na estrutura física do hospital, falta de macas e leitos e diminuição da quantidade de vagas para internação.

A maior parte (70,6%) relatou também que não sabiam sobre o tempo que ficariam hospitalizados. Para Roque, Tonini e Melo (2016), o tempo de internação pode variar de acordo com as características do paciente e do próprio hospital, sendo que vários motivos podem gerar influência na determinação desse período, como quadros infecciosos, e presença de eventos adversos.

Houve predominância de pacientes (28,2%) que relataram não observar a realização dos procedimentos feitos no ambiente hospitalar. Mesmo com tal resultado, sabe-se da necessidade da participação do paciente em relação a essa questão. É de fundamental importância a explicação por parte dos profissionais sobre os procedimentos realizados e o envolvimento dos pacientes no tratamento, para que assim o doente venha participar ativamente do mesmo (AZEVEDO; LANÇONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Em relação aos cuidados prestados por acompanhantes, 51,8% dos pacientes relatam que delegam responsabilidades a esses indivíduos. No estudo de Arcas *et al.* (2016), os acompanhantes foram vistos como pessoas capazes de prestar ajuda, cuidado, conversar, escutar, promover uma distração, além de apoiar o paciente emocionalmente. Dessa forma, o sujeito que realiza o acompanhamento do doente consegue acolher, oferecer segurança e tranquilidade ao mesmo, além de reduzir o estresse decorrente do período da hospitalização (SZERWIESKI; CORTEZ; MARCON, 2016).

Cerca de 37,6% afirmaram participar das decisões tomadas sobre o tratamento. O envolvimento dos pacientes nas decisões referentes a terapêutica deve ser feito, pois assim eles podem compreender sobre o que está sendo realizado (AZEVEDO; LANÇONI JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

A variável de idade apresentou relação com os itens de diagnóstico clínico, plano terapêutico, uso e objetivo dos medicamentos, procedimentos realizados, esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento, atenção a execução dos procedimentos e participação nas decisões do tratamento. Segundo a literatura, houve uma predominância de idosos entre os pacientes hospitalizados (SOUZA *et al.*, 2014). Os autores relatam que a prevalência de pessoas idosas pode ser explicado pelo fato do envelhecimento acarretar mudanças físicas e fisiológicas, deixando essa população mais susceptível ao desenvolvimento de doenças.

A variável do sexo apresentou relação com o conhecimento sobre a previsão do tempo de hospitalização e as responsabilidades dadas ao acompanhante em relação ao tratamento. De acordo com a literatura, existe uma prevalência de pacientes hospitalizados do gênero masculino (SOUZA *et al.*, 2014), o que pode ser explicado provavelmente pela resistência ainda considerável desses no que se refere aos cuidados com a sua saúde, onde na maioria das vezes os serviços preventivos são deixados de lado e somente procuram atendimento adequado quando ocorre a manifestação dos sinais e sintomas patológicos (KANUT; COUTO; FIGUEREIDO; 2012).

No que se refere a escolaridade, esta variável mostrou relação com os mesmos quesitos relacionados a idade, porém acrescentado sobre as perguntas referentes aos resultados dos exames solicitados. Coutinho *et al.* (2015) observaram em seu estudo a prevalência de pacientes hospitalizados que apresentavam apenas o ensino fundamental. A baixa escolaridade pode gerar influência em vários aspectos, impactando os cuidados necessários para a promoção e manutenção da saúde, a qualidade de vida e o autocuidado dessa população.

## 7 CONCLUSÃO

As internações hospitalares podem apresentar um potencial considerável no desenvolvimento de características como preocupação, ansiedade e insegurança nos pacientes submetidos a essa situação, sendo considerado um momento delicado enfrentado pelos mesmos, podendo acarretar uma fragilidade no enfrentamento da enfermidade. Dessa forma, entender o processo de hospitalização pode contribuir na prestação da assistência em saúde a esses indivíduos.

A participação do paciente ao longo do tratamento consiste em algo fundamental para o sucesso do mesmo, pois esse precisa se tornar um agente ativo na terapêutica, e não apenas passivo ao que acontece a sua volta, contribuindo assim, com a realização de medidas e comportamentos necessários dentro do ambiente hospitalar.

O presente estudo mostrou que a maioria dos entrevistados apresentou um conhecimento relevante em relação ao diagnóstico da doença, uma divisão de responsabilidades com a pessoa que exercia o papel de acompanhante e participavam ativamente da tomada de decisões em relação ao seu tratamento, demonstrando assim, o começo de uma mudança em relação a participação do doente com o seu próprio tratamento.

Embora tenha percebido tais resultados relatados anteriormente, foi verificado também que uma parcela dos entrevistados ainda apresenta um déficit em relação ao conhecimento dos profissionais, da terapêutica empregada, e informações sobre medicamentos, procedimentos e exames realizados. Além do mais, alguns demonstraram insegurança em relação a infraestrutura da unidade, não possuíam conhecimento de quanto tempo ficariam internados, além de mostrar uma falta de atenção a execução de procedimentos neles mesmos.

Através desse estudo pode-se concluir que em alguns aspectos os pacientes apresentaram um nível bom de participação no cuidado e segurança com a sua própria saúde, porém em outros deixaram a desejar, sugerindo a necessidade de possíveis intervenções relacionadas a educação e conscientização dos pacientes hospitalizados para que se possa alcançar melhores resultados referente ao questão indagada.

Dentre as limitações encontradas na pesquisa, destaca-se o fato de a pesquisa ter sido realizada apenas em um hospital da cidade, o que não reflete a realidade

global e sim local, e o fato de o instrumento não proporcionar uma avaliação categórica do nível de participação, mas apenas avaliação por item.

Pretende-se por meio do presente trabalho auxiliar os profissionais e acadêmicos da área da saúde no entendimento da temática abordada e com isso, melhorar o nível de participação dos pacientes internados dentro dos hospitais como uma forma de proporcionar uma melhor assistência à saúde dos mesmos, promover saúde nesse ambiente, bem como prevenir o surgimento de efeitos adversos, favorecendo assim, o sucesso do tratamento desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- ARCAS, A. B.; CAMPOS, G. R.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L.; SANCHES, R. S. Significados do papel do acompanhante em unidade hospitalar: visão da pessoa hospitalizada com condição crônica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 1-8, 2016.
- AGUIAR, L. L. *et al.* Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 1-9, 2017.
- ANDRADE, L. E. L.; LOPES, J. M.; FILHO, M. C. M. S.; VIEIRA JÚNIOR, R. F.; FARIAS, L. P. C.; SANTOS, C. C. M. DOS; GAMA, Z. A. DA S. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 61-172, 2018.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada na prática**. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- ARAUJO, M. P. S.; OLIVEIRA, A. C. Reflexão teórica: quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após a implantação dos núcleos de segurança do paciente? **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 1, p. 1542-1551, 2015.
- ARAUJO, G. L. DE; WHITAKER, I. Y. Morbidade hospitalar de motociclistas acidentados: fatores associados ao tempo de internação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 178-184, 2016.
- AUSSERHOFER, D.; SCHUBERT, M.; DESMEDT, M.; BLEGEN, M. A.; DE GEEST, S.; SCHWENDIMANN, R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 2, p. 240-252, 2013
- AZEVÊDO, A. V. DOS S.; LANÇONI JÚNIOR, A. C.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3656-3666, 2017.
- BAGNASCO, A.; TUBINO, B.; PICCOTTI, E.; ROSA, F.; ALEO, G.; PIETRO, P. D.; *et al.* Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013.
- BERTI, F.; GIOCOMELLI, S.; AMPRINO, V.; PIEVE, G.; CERESSETTI, D.; TESTA, M. *et al.* The “bundle” approach to reduce the surgical site infection rate. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 23, n. 3, p. 642-647, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 21 jun. 2018.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015.

BUETOW, S. *et al.* What attributes of patient affect their involvement in safety? A key opinion leaders' perspective, **BMJ Open**. v.3, n. 1, 2013.

CALDANA, G. *et al.* Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: <https://ufr.br/procisa/index.php?historicopromocao-saude-brasil&id>. Acesso em 06 jun. 2019.

CASTRO, R. R. DE; BASRBOSA, N. B.; ALVES, T.; NAJBERG, E. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de anápolis-Goiás-2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 115-124, 2016.

COUTINHO, M. L. N.; SAMÚDIO, M. A.; ANDRADE, L. M. DE; COUTINHO, R. N.; SILVA, D. M. A. DA. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Revista Rene**, v. 16, n. 6, p. 908-1005, 2015.

DANIELS, K.; AUGUSTE, T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. **Seminars in Perinatology**, v. 37, n. 3, p. 146-150, 2013.

DRESCH, A. P.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. Conhecimento dos pacientes sobre medicamentos prescritos por odontólogos no sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 475-483, 2016

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2011.

GORMULSKA, L. *et al.* Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. **Rocz Panstw Zak IHig**, v. 65, n. 2, p. 155-164, 2014.

HULLEY, B. S. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

IOM – Instituto of Medicine. **To err is human: building a Safer Health System**. **Whashington: National Academy Press**. 2000.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2017.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A “Communication and Patient Safety” training programme for all healthcare staff: can it make a difference? **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 1, p. 84-88, 2012.

MARTINS, C. C. F.; SANTOS, V. E. P.; PEREIRA, M. S.; SANTOS, N. P. The nursing team’s interpersonal relationships v. stress: limitations for practice. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 287-293, 2014.

MAXFIELD, D. G.; LYNDON, A.; KENNEDY, H. P.; KEEFFE, D. O.; ZLATNIK, M. G. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 209, n. 5, p. 402-408, 2013.

MELO, M. C.; CRISTO, R. C.; GUILHEM, D. Sociodemographic profile of accompanying caregivers and their conceptions about attention received. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1550-1564, 2015.

MENDES, W.; PAVÃO, A. L. B.; MARTINS, M.; Moura Md. Ld. O.; TRAVASSOS, C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 1, p. 421-428, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília-DF, 2014.

MITANO, F.; VENTURA, C. A.; PALHA, P. F. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 901-915, 2016.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OTANI, M. A. P. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama**. 2013. Universidade Estadual de Campinas, [Tese].

PALMEIRA, A. B. P.; GEWEHR, R. B. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e objetivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2469-2478, 2018.

PFUNTNER, A.; WIER, L. M.; STOCKS, C. **Most frequent conditions in U.S. hospitals. Statistical brief**. 2013. Disponível em: [www.hcupus.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb148.pdf](http://www.hcupus.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb148.pdf). Acesso em: 08 jun. 2019.

PINTO JUNIOR, E. P.; COSTA, L. DE Q.; OLIVEIRA, S. M. A. DE; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; SILVA, M. G. C. DA. Tendência dos gastos e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4331-4338, 2018.

QUES, A. A. M.; MONTORO, H. C.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 339-345, 2010.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 121-127, 2012.

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E. C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, p. 1-15, 2016.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem; **REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. 10 PASSOS para a Segurança do Paciente. São Paulo, 2010.

SCHMIDT, S. M. S.; MÜLLER, F. M.; SANTOS, E. DOS; CERETTA, P. S.; GARLET, V.; SCHMIDT, S. **Saúde Debate**, v. 38, n. 10, p. 305-317, 2014.

SILVA, R. C.; BARROS, C. V. L. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2015.

SILVA, A. T.; CAMELO, S. H. H.; TERRA, F. DE S.; DÁZIO, E. M. R.; SANCHES, R. S.; RESCK, M. R. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 6, p. 1532-1538, 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. esp, p. 1-9, 2016.

SOUZA, I. C-P.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C. DOS S.; NEVES, M. S.; MOREIRA, L. R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 164-172, 2014

SZERWIESKI, L. L. D.; CORTEZ, L. E. R.; MARCON, S. S. O acompanhante do adulto hospitalizado na ótica da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 10, n. 1, p. 48- 56, 2016.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TZENG, H.; YIN, C. Engaging as an innovative approach to engage patients in their own fall prevention care. **Patient Preference and Adherence**, v. 8, n. 1, p. 693-700, 2014.

VELHO, J. M.; TREVISO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **Revista de Administração em Saúde–RAS**, v. 15, n. 60, 2013.

VIOLA, D. C.; CORDIOLI, E.; PEDROTTI, C. H.; IERVOLINO, M.; BASTOS NETO, A. S.; ALMEIDA, L. R, *et al.* Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. **Einstein**, v. 12, n. 4, p. 492-498, 2014.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE A-Instrumento de Avaliação da Participação do Paciente  
Hospitalizado com sua própria Segurança**

<b>1ª PARTE:</b> Marque com um X de acordo com sua resposta					
<b>Idade:</b> ( ) 18-25 anos ( ) 26-30 anos ( ) 31-35 anos ( ) 36-40 anos ( ) 41-50 anos ( ) 51-60 anos ( ) mais de 60 anos		<b>Nível de escolaridade:</b> ( ) Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Superior completo ( ) Ensino Superior incompleto			
<b>Sexo:</b> ( ) masculino ( ) feminino	<b>Motivo da internação:</b> ( ) clínica ( ) cirúrgica	<b>Classificação da doença:</b> ( ) aguda ( ) crônica	<b>Número de internações hospitalares:</b> ( ) 1 ( ) 2-4 ( ) 5 ou mais		
<b>Número de dias hospitalizado na internação atual:</b> ( ) menos de 1 semana ( ) de 1 a 3 semanas ( ) de 4 a 8 semanas ( ) acima de 8 semanas					
<b>2ª PARTE:</b> A seguir responda os itens, marcando com um X no item que mais se aproxima da sua resposta, considerando <b>1</b> como a pontuação mais fraca, onde seu conhecimento e participação no tratamento são mínimas, e <b>5</b> como a pontuação mais forte, onde seu conhecimento e participação no tratamento são máximas.					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1) Você conhece, por nome, os profissionais que cuidam de você com frequência no ambiente hospitalar?					
2) Você sabe qual o seu diagnóstico clínico?					
3) Você conhece o plano terapêutico (tratamento) que está planejado para você?					
4) Você sabe quais medicamentos está utilizando?					
5) Você sabe qual a finalidade dos medicamentos que está utilizando?					

6) Você costuma perguntar quais procedimentos serão realizados com você?					
7) Você costuma perguntar quais os resultados dos exames que são realizados em você?					
8) Você costuma tirar suas dúvidas acerca do tratamento e da doença com algum profissional de saúde?					
9) Você se sente seguro em ser tratado pela equipe deste hospital?					
10) Considerando a infraestrutura, você se sente seguro em estar hospitalizado nesta instituição?					
11) Você sabe qual a previsão do tempo de hospitalização?					
12) Você observa atentamente a execução de todos os procedimentos (exames, medicamentos, dieta) que lhe são oferecidos/realizados?					
13) Se você está sendo assistido por algum acompanhante, com que frequência você passa as responsabilidades de vigilância do seu tratamento para ele?					
14) Você participa das decisões sobre seu tratamento?					

## APÊNDICE B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** Avaliação da participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança

**Pesquisador responsável:** Francisco Gilberto Fernandes Pereira

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (85) 99683-7423

**Instituição/Departamento:** UFPI/CSHNB/Picos

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa cujo objetivo é: avaliar o grau de participação do paciente hospitalizado com sua própria segurança. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações deste documento e faça qualquer pergunta que quiser, para que tudo sobre a pesquisa e sua participação fiquem claros.

Informo que primeiramente o(a) Sr.(a) será avaliado(a) pelo pesquisador por meio de algumas perguntas de um Mini-Exame do Estado Mental para saber sua possibilidade de continuar a responder a etapa seguinte. Depois o(a) senhor(a) será convidado(a) a responder a um questionário, cujo tempo para preenchimento é de mais ou menos 10 minutos. Poderá ter algum desconforto e/ou risco de constrangimento no momento em que for preencher as questões, mas o pesquisador estará por perto para tirar todas as dúvidas até completo entendimento por sua parte, inclusive podendo ajuda-lo(a) a entender as perguntas. Gostaria de informá-lo(a) que:

- A sua participação é voluntária e não trará malefícios físicos e/ou psicológicos.
- O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade do seu tratamento nesse hospital. As informações obtidas

serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

- O(A) Sr.(a) tem o direito ser mantido atualizado(a) sobre das informações relacionadas à pesquisa.

- O(A) Sr. (a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá pagamento em dinheiro caso aceite participar.

- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.

- Caso precise entrar em contato com o pesquisador, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa, para esclarecimento de quaisquer dúvidas. Sendo disponibilizado o endereço e telefone, para ligações, inclusive a cobrar:

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Travessa Santo Antonio, 3126, Ap 307

Bairro Junco

Tel (85) 996837423

E-mail: [gilberto.fp@hotmail.com.br](mailto:gilberto.fp@hotmail.com.br)

Caso o Sr.(a) se sinta suficientemente informado e esclarecido a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os objetivos do estudo, e se o Sr.(a) concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, RG ou CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado: **AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM SUA PRÓPRIA SEGURANÇA**, como sujeito. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome e assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do pesquisador responsável

Esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí- Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, localizado no seguinte endereço:

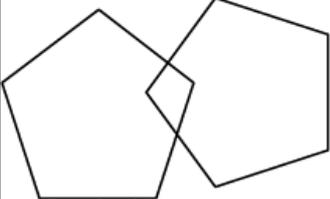
Rua Cicero Eduardo SN, Junco. Picos-PI. CEP: 64600-000

Telefone: (89) 3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**ANEXO**

## ANEXO A-Mini-Exame do Estado Mental

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.