

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MAIRA GABRIELA PEREGO

**EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PACIENTES SOBRE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO AUTOCUIDADO E NA AUTOEFICÁCIA:  
estudo quase experimental**

SÃO CARLOS-SP  
2022

MAIRA GABRIELA PEREGO

**EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PACIENTES SOBRE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO AUTOCUIDADO E NA AUTOEFICÁCIA:  
estudo quase experimental**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para fins de defesa como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

SÃO CARLOS-SP  
2022



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Maira Gabriela Perego, realizada em 18/02/2022.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão (UFSCar)

Profa. Dra. Priscilla Hortense (UFSCar)

Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo (UFSCar)

Profa. Dra. Camila Takáo Lopes (UNIFESP)

Prof. Dr. Vinicius Batista Santos (UNIFESP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado aos meus pais que sempre me ofereceram amor e cuidado incondicional. Minha eterna gratidão ao que vocês são e representam na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus que me auxiliou e iluminou no decorrer deste caminho.

Aos meus pais, que são minha fortaleza e grande amor.

Ao meu irmão que foi meu ouvinte e suporte em tantos momentos difíceis.

Ao meu namorado que me incentivou em todos os momentos e tornou essa jornada mais leve; obrigada por segurar a minha mão e ser meu companheiro nessa vida.

Agradeço às minhas avós pelo carinho e cuidado; uma delas agora cuida de mim de um lugar especial que chamamos de céu.

À minha orientadora, pela atenção, dedicação, respeito, empatia e confiança que depositou em mim. Obrigada por tantas contribuições e por caminhar ao meu lado; tenho orgulho de tê-la como parceira e grande mestre.

À minha madrinha e tia Márcia por serem tão especiais e me acalentarem apenas com o olhar.

Aos meus amigos da vida e do trabalho, por serem tão compreensivos e por me incentivarem nos momentos de dificuldade. Sou privilegiada por ter pessoas tão especiais ao meu lado.

Aos professores membros das bancas do exame de qualificação e da defesa, obrigada pelas importantes contribuições nesse trabalho.

Às minhas ex-alunas e amigas Giovana, Débora, Letícia e Vitória que contribuíram com a coleta de dados do estudo. Obrigada pela prontidão, respeito e cuidado com um projeto tão especial em minha vida.

A todos os funcionários das instituições hospitalares em que a pesquisa foi desenvolvida; agradeço imensamente pela oportunidade oferecida.

A todos os pacientes que contribuíram para que este estudo se tornasse realidade e que me acolheram e ensinaram ao longo desta trajetória.

À Universidade Federal de São Carlos, pela possibilidade de desenvolvimento deste.

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente é um problema de saúde mundial e o paciente, neste contexto, passa a ser um integrante ativo, mais ciente e empoderado de seus direitos e responsabilidades como consumidor dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade, segurança da assistência prestada e sucesso em seu tratamento. **Objetivo:** Analisar a efetividade de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente no autocuidado e na autoeficácia de pacientes hospitalizados. **Métodos:** Pesquisa quase-experimental (registro ReBEC nº RBR-8gzp4f4) com delineamento do tipo controle não equivalente, sendo composta por 2 etapas: 1) Revisão de escopo, nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS, sem limitações de período, com o objetivo de fundamentar a construção e validação de material educativo sobre segurança do paciente mediante o seguimento de diretrizes específicas para elaboração de materiais educativos em saúde e a consulta de 5 peritos da área de interesse; 2) Intervenção educativa sobre segurança do paciente, realizada no HU-UFSCar e Santa Casa de Araraquara, com pacientes internados nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica. Os participantes foram divididos em dois grupos: GC (grupo controle), que recebeu os cuidados habituais das instituições hospitalares e GI (grupo intervenção), que participou de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente; a coleta ocorreu primeiramente no GC e após o término, no GI. As variáveis analisadas foram o autocuidado e a autoeficácia, em dois momentos: primeiro – até 96 horas após a admissão hospitalar e o segundo – de 24 à 96 horas após os cuidados habituais ou intervenção educativa. As duas variáveis de desfecho passaram por um teste de normalidade. Para as variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-quadrado; aplicou-se o teste de Mann Whitney para aquelas com duas classes e teste de Kruskal Wallis com pós teste de Bonferroni para as variáveis com mais de duas classes. Na avaliação dos GC e GI antes e após a intervenção educativa, foram utilizados os Modelos Lineares Generalizados. **Resultados:** Na primeira etapa do estudo, revisão de escopo, foram encontrados 3237 artigos, dos quais 53 atenderam aos critérios de inclusão e constituíram a amostra final; os artigos foram analisados e categorizados segundo as informações relevantes aos pacientes referentes à: 1) Prevenção de Quedas; 2) Correta Identificação do Paciente; 3) Segurança Medicamentosa e; 4) Higiene das Mãos. Fundamentado nos resultados da revisão de escopo e nos pressupostos do letramento em saúde, foi proposto o livreto educativo “Segurança do Paciente: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta e medicação sem falhas”, que obteve índice de validade de conteúdo de 0,98. Na segunda etapa, um total de 158 usuários de saúde participaram do estudo, sendo que 79 compuseram o grupo controle e 79 o grupo intervenção. Observou-se que não existe associação entre as características sociodemográficas e o grupo controle e grupo intervenção ( $p > 0,05$ ) e diferença estatisticamente significativa entre as variáveis antecedentes de diabetes ( $p = 0,003$ ) e outros antecedentes de saúde ( $p = 0,012$ ). O grupo intervenção obteve maior pontuação nos níveis de autocuidado e autoeficácia ( $p=0,001$  e  $p = 0,033$ ) do que o grupo controle e após a intervenção educativa e cuidados habituais os níveis de autoeficácia mostraram resultados estatisticamente maiores ( $p=0,026$ ). **Conclusões:** Em conclusão, os resultados apresentados nesta tese mostraram que a intervenção educativa em segurança do paciente, com o livreto educativo “Segurança do Paciente: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação

correta e medicação sem falhas”, é uma estratégia efetiva para aumentar a autoeficácia e autocuidado dos pacientes hospitalizados.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Educação em Saúde. Educação de Pacientes como Assunto. Estudos Quasi-Experimentais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is a global health problem and the patient, in this context, becomes an active member, more aware and empowered of their rights and responsibilities as a consumer of health services, contributing to the improvement of quality, safety assistance provided and success in their treatment. **Objective:** To analyze the effectiveness of an educational intervention on patient safety in the self-care and self-efficacy of hospitalized patients. **Methods:** Quasi-experimental research (ReBEC registration nº RBR-8gzp4f4) with a non-equivalent control design, comprising 2 steps: 1) Scope review, in the WOS, PubMed, CINAHL and LILACS databases, without period limitations, with the objective of supporting the construction and validation of educational material on patient safety by following specific guidelines for the elaboration of educational health materials and consulting 5 experts in the area of interest; 2) Educational intervention on patient safety, carried out at the HU-UFSCar and Santa Casa de Araraquara, with patients hospitalized in the medical and surgical clinic wards. Participants were divided into two groups: CG (control group), which received usual care from hospital institutions and GI (intervention group), which participated in an educational intervention on patient safety; the collection occurred first in the CG and after the end, in the IG. The variables analyzed were self-care and self-efficacy, in two moments: first – up to 96 hours after hospital admission and the second – from 24 to 96 hours after usual care or educational intervention. Both outcome variables underwent a normality test. For qualitative variables, the chi-square test was used; the Mann Whitney test was applied for those with two classes and the Kruskal Wallis test with post Bonferroni test for the variables with more than two classes. In the evaluation of the CG and IG before and after the educational intervention, the Generalized Linear Models were used. **Results:** In the first stage of the study, scope review, 3237 articles were found, of which 53 met the inclusion criteria and constituted the final sample; the articles were analyzed and categorized according to the information relevant to the patients regarding: 1) Fall Prevention; 2) Correct Identification of the Patient; 3) Medication Safety and; 4) Hand Hygiene. Based on the results of the scoping review and on the assumptions of health literacy, the educational booklet “Patient Safety: important information for patients and caregivers about hand hygiene, preventing falls, correct identification and flawless medication” was proposed, which obtained an index content validity of 0.98. In the second stage, a total of 158 health users participated in the study, with 79 in the control group and 79 in the intervention group. It was observed that there is no association between sociodemographic characteristics and the control group and intervention group ( $p > 0.05$ ) and a statistically significant difference between the variables antecedent of diabetes ( $p = 0.003$ ) and other health history ( $p = 0.012$ ). The intervention group obtained higher scores in the levels of self-care and self-efficacy ( $p=0.001$  and  $p=0.033$ ) than the control group and after the educational intervention and usual care, the levels of self-efficacy showed statistically higher results ( $p=0.026$ ). **Conclusions:** In conclusion, the results presented in this thesis showed that the educational intervention in patient safety, with the educational booklet “Patient Safety: important information for patients and caregivers about hand hygiene, preventing falls, correct identification and medication without fail”, is an effective strategy to increase the self-efficacy and self-care of hospitalized patients.

**Keywords:** Patient Safety. Health Education. Patient Education as Topic. Quasi-Experimental Studies.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo conceitual de intenção de agir e engajamento em comportamentos relacionados à segurança.	35
Figura 2: Momentos de coleta de dados do grupo intervenção e controle.	65
Figura 3: Fluxograma de busca na literatura e inclusão de artigos.	70
Figura 4: Fluxograma de acompanhamento dos participantes quanto à inclusão, seleção, alocação, seguimento e análise.	118

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Mnemônico a PCC para a revisão de escopo em cada temática específica	47
Quadro 2: Descritores específicos utilizados como estratégias de buscas nas bases de dados.	48
Quadro 3: Estratégias de busca utilizadas sobre a prevenção de quedas na base de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas.	49
Quadro 4: Estratégias de busca utilizadas sobre a identificação do paciente nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas.	49
Quadro 5: Estratégias de busca utilizadas sobre a segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas	50
Quadro 6: Estratégias de busca utilizadas sobre a prática de higiene das mãos nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas	51
Quadro 7: Instruções para construção de material educativo da Rede MaineHealth e SAM.	53
Quadro 8. Descrição dos estudos referentes à prevenção de quedas, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.	73
Quadro 9. Descrição dos estudos referentes identificação do paciente, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.	85
Quadro 10. Descrição dos estudos referentes à segurança na prescrição de medicamentos/ uso de medicamentos/ administração de medicamentos, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.	89
Quadro 11. Descrição dos estudos referentes à prática de higiene das mãos quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.	98
Quadro 12. Descrição dos estudos referentes à prática de higiene das mãos	104

e segurança medicamentosa, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

Quadro 13. Conteúdo sobre a prevenção de quedas para elaboração do material educativo. 109

Quadro 14. Conteúdo sobre a correta identificação do paciente para elaboração do material educativo. 111

Quadro 15. Conteúdo sobre a segurança medicamentosa para elaboração do material educativo. 112

Quadro 16. Conteúdo sobre a prática de higiene das mãos para elaboração do material educativo. 114

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação.	71
Tabela 2: Distribuição dos artigos, segundo o país de publicação.	72
Tabela 3: Análise descritiva e comparação dos grupos controle e intervenção quanto aos dados sociodemográficos.	119
Tabela 4: Análise descritiva e comparação dos grupos controle e intervenção quanto aos dados clínicos e pessoas do convívio.	120
Tabela 5: Resultados do GEE para EACAC	121
Tabela 6: Estimativas de EACAC para grupos e para momentos.	122
Tabela 7: Estimativas de EACAC para grupos intervenção e controle.	122
Tabela 8: Resultados do GEE para EAGP	123
Tabela 9: Estimativas de EAGP para grupos e para momentos	123
Tabela 10: Estimativas de EAGP para grupos controle intervenção	123
Tabela 11: Comparação de autocuidado e autoeficácia no momento <sub>2</sub> no grupo intervenção por variáveis sociodemográficas (n = 79).	124

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3D - *Durable Display at Discharge*

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASA-A - *Appraisal of Self-Care Agency's ASA Scale*

AWARE - *Alert Worsening conditions And Report Early*

BCMA - *Barcode Medication Administration*

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAFe - Comunidade Acadêmica Federada

CINAHL - Índice Cumulativo de Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE

CONSORT-2010 - *Consolidated Standards of Reporting Trials-2010*

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EA - Eventos Adversos

EACAC - Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado

EAGP - Escala Autoeficácia Geral Percebida

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EFC - Ensino Fundamental Completo

EF - Ensino Fundamental

EFI - Ensino Fundamental Incompleto

EM - Ensino Médio

EMC - Ensino Médio Completo

EMI - Ensino Médio Incompleto

ES - Ensino Superior

ESC - Ensino Superior Completo

ESI - Ensino Superior Incompleto

GC - Grupo Controle

GEE - Modelo Linear Generalizado

GI - Grupo Intervenção

GM - GABINETE DO MINISTRO

HU-UFSCar - Hospital Universitário Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci, da Universidade Federal de São Carlos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHI - *Institute for Healthcare Improvement*

IV - Intravenoso

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

JBI - Instituto Joanna Briggs

JCI - *Joint Commission International*

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

M<sub>0</sub> - Momento<sub>0</sub>

M<sub>1</sub> - Momento<sub>1</sub>

M<sub>2</sub> - Momento<sub>2</sub>

MDW - *Medication Discharge Worksheet*

MeSH - Medical Subject Headings

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCC - População, Conceito e Contexto

PFPS - *Patient for Patient Safety*

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PubMed - *National Library of Medicine National Institutes of Health*

RAMs - Reações Adversas à Medicamentos

ReBEC - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

SAM - *Suitability Assessment of Materials*

SM - Salário-Mínimo

SND - Serviço de Nutrição e Dietética

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - World Health Organization

WOS - *Web of Science*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	22
2.1	O PACIENTE E SUA PARTICIPAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	22
2.2	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	26
2.3	AUTOEFICÁCIA	32
2.4	AUTOCUIDADO	37
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	42
3.1	OBJETIVO GERAL	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
<b>4</b>	<b>HIPÓTESES</b>	43
4.1	HIPÓTESE H0	43
4.2	HIPÓTESE H1	43
<b>5.</b>	<b>MÉTODO</b>	44
5.1	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	45
5.2	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	46
<b>5.2.1</b>	<b>Revisão de Escopo sobre Segurança do Paciente</b>	46
<b>5.2.2</b>	<b>Desenvolvimento de Materiais Educativos para Pacientes</b>	51
<b>5.2.3</b>	<b>Validação do Material Educativo sobre Segurança do Paciente</b>	56
<b>5.2.4</b>	<b>Participantes da Avaliação do Material Educativo</b>	57
5.3	TESTAGEM DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	58
<b>5.3.1</b>	<b>Contexto da Pesquisa</b>	58
<b>5.3.2</b>	<b>Participantes da Pesquisa</b>	59
<b>5.3.3</b>	<b>Cálculo Amostral</b>	60
<b>5.3.4</b>	<b>Alocação dos Participantes</b>	60
<b>5.3.5</b>	<b>Cegamento</b>	61
<b>5.3.6</b>	<b>Variáveis e Instrumentos do Estudo</b>	61
<b>5.3.7</b>	<b>Procedimento de Coleta de Dados</b>	63

<b>5.3.8</b>	<b>Intervenção Educativa</b>	65
<b>5.3.9</b>	<b>Cuidados Habituais Oferecidos pela Instituição</b>	66
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	67
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	70
6.1	LIVRETO EDUCATIVO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	70
<b>6.1.1</b>	<b>Prevenção de Quedas</b>	107
<b>6.1.2</b>	<b>Identificação do Paciente</b>	110
<b>6.1.3</b>	<b>Segurança Medicamentosa</b>	111
<b>6.1.4</b>	<b>Higiene das Mãos</b>	113
<b>6.1.5</b>	<b>Validação de Conteúdo do Livreto Educativo</b>	115
6.2	INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	117
<b>6.2.1</b>	<b>Variáveis Sociodemográficas e Clínicas: grupos controle e intervenção</b>	119
<b>6.2.2</b>	<b>Efetividade da Intervenção Educativa em Segurança do Paciente sobre o Autocuidado e a Autoeficácia dos Pacientes</b>	121
<b>6.2.3</b>	<b>Associação entre as Características Sociodemográficas e Clínicas e os Níveis de Autoeficácia e Autocuidado</b>	124
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	127
7.1	DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMÓGRÁFICA E CLÍNICA E SUAS ASSOCIAÇÕES COM O AUTOCUIDADO E AUTOEFICÁCIA	127
7.2	DISCUSSÃO DA EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE O AUTOCUIDADO E AUTOEFICÁCIA	132
7.3	DISCUSSÃO DO LIVRETO EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE	141
7.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	145
7.5	SUGESTÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	145
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	146
	<b>REFERÊNCIAS</b>	147
	<b>APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	163



<b>(Pacientes – HU UFSCAR)</b>	
<b>APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>165</b>
<b>(Pacientes – SANTA CASA DE ARARAQUARA)</b>	
<b>APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>167</b>
<b>(Peritos)</b>	
<b>APÊNDICE 4 – Formulário de Avaliação dos Peritos</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE 5 – Dados sociodemográficos e clínicos</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE 6 – Livreto Educativo</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE 7 – Carta Convite Explicativa Peritos</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO 1 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO 2 – Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado</b>	<b>191</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um problema de saúde mundial, dado principalmente relacionado aos índices de pacientes que sofreram e sofrem prejuízos com eventos adversos nos diversos procedimentos realizados no cotidiano dos serviços de saúde (WHO, 2013a).

A publicação *To err is human: building a safer health system* promove, desde 1999, uma sensibilização sobre o assunto, demonstrando os dados alarmantes quanto ao número de mortes associadas aos eventos adversos que, na época, mataram mais do que o câncer de mama ou AIDS nos Estados Unidos (KOHN *et al.*, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) oferece informações sobre a magnitude do problema no mundo: 4 em cada 10 pacientes sofrem prejuízos nos cuidados primários e ambulatoriais e 134 milhões de eventos adversos ocorrem todos os anos em hospitais, o que significa 2,6 milhões de mortes a cada ano associados aos cuidados inseguros nos serviços de saúde (WHO, c2020).

Os eventos adversos que ocorrem na assistência em saúde tornaram-se alvo de políticas específicas e preocupação global (KOHN *et al.*, 2000). No Brasil, os eventos adversos descritos em decorrência das falhas que resultaram em morte ou incapacidade como a administração endovenosa de medicamentos destacam a relevância do problema no país (BRASIL, 2014a).

Somado aos prejuízos pessoais dos clientes e de seus familiares ocasionados pelos cuidados inseguros, ressalta-se também os gastos financeiros desnecessários dos sistemas de saúde e dos próprios pacientes comprometendo realmente a vida das pessoas envolvidas (WHO, 2013a). No presente, as falhas de medicação correspondem a um custo de, em média, 42 bilhões de dólares por ano (WHO, c2020).

Apesar da problemática, a primeira discussão global sobre a segurança do paciente, aconteceu em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, destacando e mobilizando a comunidade científica para dar mais atenção à situação. E em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo é promover melhorias nos cuidados em saúde em todo o mundo, gerenciando os riscos para evitar falhas (WHO, 2017a).

A Aliança também prevê os desafios globais para a segurança, sendo o

primeiro lançado no ano de 2005, denominado “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, na tentativa de minimizar as infecções relacionadas à assistência em saúde (WHO, 2005). Em 2007, o segundo Desafio Global teve como foco a segurança cirúrgica, com o tema “Cirurgias Seguras salvam Vidas” (WHO, 2008) e o último desafio global, foi apresentado no ano de 2017, cujo tema foi “Medicação sem Danos” (WHO, 2017b).

Comprometendo-se com a segurança do paciente, o Brasil instituiu em 2013, através da Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de conferir mais qualidade aos serviços de saúde nacionais. Através desta, definiu alguns conceitos importantes, incluindo a própria segurança do paciente, como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013a, p.43), e o evento adverso, como um evento ou circunstância que resulta em dano desnecessário ao paciente mediante a intervenção do profissional de saúde (BRASIL, 2013a).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) aprova as Portarias nº 1.377 de 9 de julho e 2.095 de 24 de setembro, importantes marcos para a segurança do paciente, determinando os protocolos de segurança do paciente que devem ser cumpridos em todas as instituições de saúde: Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente, Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013b; 2013c).

A RDC MS/ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, também instituiu ações em prol da segurança do paciente e instaurou os Núcleos de Segurança do Paciente, responsáveis por promover as ações de segurança e gestão do risco nos serviços de saúde (BRASIL, 2013d).

O PNSP teve significativas contribuições no desenvolvimento de estratégias sobre a segurança do paciente, incluindo gestores, profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de reduzir a ocorrência do evento adverso (BRASIL, 2013a). Uma das estratégias de implementação do PNSP é a promoção da capacitação dos profissionais e promoção da cultura de segurança do paciente, dando ênfase ao aprendizado, participação ativa dos profissionais nesse processo e desenvolvimento da própria instituição, de forma que todos possam se envolver com a prevenção dos incidentes (BRASIL, 2013a).

A cultura de segurança, neste contexto, é entendida como:

conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013d, p. 32).

A OMS (OMS, 2010) reforça a necessidade da cultura do ambiente de trabalho, pois entende que mudando a forma de interação e pensamento dos profissionais de saúde, pacientes e familiares, a cultura do ambiente e as atitudes também serão transformadas, o que trará benefícios a todos os envolvidos.

Como instrumento de reorientação da cultura de segurança dos serviços de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) disponibilizou em 2017, um Guia com orientações de segurança aos pacientes, familiares e acompanhantes, incentivando a participação dos usuários em seu processo de cuidado (BRASIL, 2017a).

O paciente, sob essa ótica, passa a ser um integrante ativo, mais ciente e empoderado de seus direitos e responsabilidades como consumidor dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade, segurança da assistência prestada e sucesso em seu tratamento. No entanto, para que isso se concretize, a cultura dos profissionais e instituições precisa ser reconstruída, de forma a compreenderem a participação dos pacientes e familiares, como aliados e corresponsáveis pelo cuidado (BRASIL, 2017a).

No manejo às doenças crônicas, o incentivo e valorização da participação do paciente em seu cuidado faz parte da terapêutica e existe há tempos, envolvendo-o nas decisões sobre a sua saúde. Em segurança do paciente, essa prática vem sendo ampliada para as pesquisas e assistência prestada (WHO, 2009). Neste cenário, as variáveis autoeficácia e autocuidado foram identificadas como importantes preditoras no desenvolvimento do engajamento do paciente e comprometimento com os assuntos relacionados à sua saúde.

A autoeficácia refere-se às crenças individuais sobre a capacidade de desenvolver tarefas e ações (BANDURA, 1986; 1994), assim, as práticas educativas em segurança do paciente, visam, entre outros, motivar e elevar a autoeficácia de profissionais e pacientes, já que, quanto maior a autoeficácia, maiores são as chances de o indivíduo assumir uma mudança no comportamento, mesmo que seja desafiador;

o que viabiliza coparticipação e mais empoderamento para assumir uma postura crítica inclusive frente ao profissional de saúde (WHO, 2009).

Tais apontamentos revelam que intervenções educativas podem influenciar pacientes e familiares a modificarem comportamentos em saúde específicos, subsidiando o engajamento do paciente em segurança e qualidade, aumentando a autoeficácia, confiança e consciência (MAURER *et al.*, 2012).

O autocuidado revela-se importante por estar relacionado ao gerenciamento da própria condição de saúde de cada paciente. Presume-se que melhores capacidades de autocuidado são fatores de proteção para segurança e consequentemente, menores índices de autocuidado estão associados ao risco da ocorrência de eventos adversos (SUN *et al.*, 2017)

Isso demonstra que os pacientes com melhores capacidades de autocuidado podem melhor gerenciar sua saúde e envolverem-se mais em seu cuidado (SUN *et al.*, 2017).

Estudo realizado por Lee *et al.* (2019) revelou efeitos positivos de uma intervenção educativa sobre diabetes nos comportamentos de autoeficácia, autocuidado e níveis de glicemia, mostrando efeitos significativos no comportamento do grupo experimental após a prática educativa. A educação em saúde pôde promover motivação e autoeficácia, para que pacientes pudessem melhor gerenciar sua situação de saúde, participando mais ativamente do seu cuidado.

A educação em saúde está presente de forma transversal nos diversos níveis de atenção e diferentes complexidades; é interdisciplinar e premissa básica para a promoção da saúde. Neste contexto, não há como desvincular a segurança do paciente das práticas educativas de pacientes e familiares. Existem protocolos de segurança do paciente implementados nos serviços de saúde, porém a acessibilidade e a metodologia destes ainda pode ser melhorada.

Internacionalmente, já se discute sobre o acesso a tais informações para profissionais, pacientes e familiares, mas no Brasil, as publicações são escassas e os movimentos ainda necessitam de maior engajamento. Entende-se que melhorar o conhecimento de pacientes sobre seus problemas de saúde e sobre as dinâmicas de tratamento, estimular neles a adoção de uma postura ativa sobre os aspectos relacionados ao seu cuidado em saúde, assim como identificar formas de inserir sua participação nos protocolos de saúde pode favorecer o autocuidado e a capacidade de enfrentamento diante dos problemas de saúde.

Portanto, estudar a relação entre uma prática educativa em saúde sobre segurança do paciente e a sua relação com o autocuidado e autoeficácia propende fornecer subsídios para a compreensão científica sobre os preditores da educação em saúde no âmbito da segurança do paciente, e assim, propor novas estratégias de abordagem ao paciente e aos profissionais no manejo do engajamento e envolvimento do paciente sobre sua própria saúde. Pode-se presumir, inclusive, melhora nos indicadores de saúde, políticas públicas e implementação de intervenções de saúde baseadas nos desfechos primários quando houver participação efetiva dos pacientes em seu cuidado.

Considerando os princípios mencionados, a proposta da presente pesquisa é avaliar a efetividade de uma intervenção educativa para pacientes sobre segurança do paciente no autocuidado e na autoeficácia. A questão norteadora fica assim constituída:

- 1) Qual a efetividade de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente no autocuidado e na autoeficácia?

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PACIENTE E SUA PARTICIPAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

O envolvimento do paciente em seu cuidado vem ascendendo e ganhando destaque mundialmente, com o objetivo de conscientizar a população sobre seu papel e melhorar a segurança do paciente (WHO, 2005). Em 2013 entrou na lista da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente como uma de suas prioridades (WHO, 2013a) e mantém-se no ranking de prioridades atualmente (BRASIL, 2017b).

Em 2005, foi criado o programa Pacientes para a Segurança do Paciente (*Patient for Patient Safety – PFPS*) em Londres, durante um workshop que reuniu pacientes e profissionais de 20 países diferentes, anunciando o compromisso firmado frente ao engajamento do paciente em sua própria segurança. Atualmente, contempla em média 250 membros dispersos em mais de 50 países (WHO, 2013a).

O programa defende a mesma política da OMS sobre a segurança do paciente, com ações de mobilização e promoção da participação do paciente em todos os níveis do sistema de saúde (WHO, 2013a).

Na 72ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em maio de 2019, a OMS declarou o Dia Mundial da Segurança do Paciente, marcado para ocorrer anualmente em 17 de setembro, com o propósito de ampliar a compreensão global sobre a segurança do paciente, proporcionar mais engajamento dos pacientes e ações conjuntas entre os Estados Membros em prol da segurança (WHO, 2019).

Nacionalmente, em 2011, a RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que “dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde”, fez menção sobre a importância de estimular a participação do paciente nos cuidados em saúde visando a segurança do paciente (BRASIL, 2011), e em 2013, a Portaria MS/GM nº 529, menciona sobre o engajamento do paciente na promoção da segurança e prevenção de incidentes (BRASIL, 2013a); contudo, a temática apresentava-se ainda de forma discreta.

Apenas em 2017, a participação do paciente em sua segurança recebe maior destaque, com referência a conceitos como engajamento do paciente, empoderamento, letramento em saúde e outras ferramentas de promoção da segurança (BRASIL, 2017a; 2017b), evidenciando que:

Os familiares, acompanhantes e o próprio paciente devem participar de sua assistência, estando cientes de seus direitos e deveres como usuário dos serviços de saúde; compreendendo os riscos associados com a assistência; escolhendo o profissional de saúde devidamente especializado; prestando informações corretas sobre sua saúde; e uma vez aceito o tratamento, seguindo as instruções dos profissionais e participando das decisões de assistência e terapêuticas. Ainda, notificando à Anvisa, os eventos adversos – EA (incidentes que resultam em dano à saúde) que porventura possam ter ocorrido durante seu atendimento/tratamento em serviços de saúde” (BRASIL, 2017a, p. 9).

Harrison *et al.* (2015) reafirmam a importância do envolvimento do paciente no processo de reconhecimento e notificação dos eventos adversos, pois quando o paciente compreende os erros ocasionados na assistência à saúde pode colaborar na promoção da qualidade. No entanto, para isso, é preciso ter clareza do que são os eventos adversos, para que possam identificar e notificar.

De qualquer forma, a participação do paciente deve ser garantida como um direito, proporcionando autonomia e liberdade para tomar decisões sobre a sua saúde, a partir das informações recebidas, com respeito ao seu contexto cultural, sobre todo e qualquer procedimento ou tratamento que venha a ocorrer nos serviços de saúde (BRASIL 2017a).

A Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que “dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde”, atesta que as informações sobre o estado de saúde dos pacientes, deve ser fornecida de forma clara, objetiva, respeitosa e compreensível, especificamente sobre o diagnóstico, exames solicitados, procedimentos, duração do tratamento, tempo de recuperação, custos. O paciente deve ter acesso aos seus registros atualizados e decidir sobre o compartilhamento do seu estado de saúde com familiares e acompanhantes (BRASIL, 2009).

Para a promoção do envolvimento do paciente, o Ministério da Saúde apresenta propostas para pacientes e familiares, compreendendo os processos de identificação nos serviços de saúde, prevenção de infecções, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de erros de medicação, prevenção de lesão por pressão, prevenção de quedas, prevenção de erros em diálise, planejamento da alta e a notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2017a).

Entre as recomendações estão o questionamento dos profissionais de saúde sobre as medidas de prevenção (como por exemplo a higiene das mãos), uso de medicamentos (tempo de tratamento, efeitos colaterais, dosagem), plano de alta do



paciente (junto à equipe multiprofissional, familiar ou cuidador, esclarecendo todas as dúvidas), notificação de incidentes, conhecimento sobre os tipos de avaliação comumente feitas pelos profissionais e outros (avaliação do risco de quedas, avaliação do risco de lesões da pele) (BRASIL, 2017a).

Destaca-se o “*Speak Up*”, criado pela *Joint Commission*, como uma estratégia de promoção da segurança do paciente, cujo objetivo é ajudar os pacientes a envolverem-se mais em seus cuidados de saúde, fazendo perguntas, esclarecendo as dúvidas e participando no processo de decisão sobre sua terapêutica (JCI, c2021). Semelhante iniciativa foi criada no Brasil com o guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde”, que orienta pacientes e familiares sobre questões de segurança (BRASIL, 2017a).

Estas medidas estão em consonância com as metas internacionais de segurança do paciente da *Joint Commission International* (JCI), instituição cuja missão é promover em todo o mundo, a segurança e qualidade aos cuidados prestados, visando minimizar os erros que ocorrem nos cenários de saúde. As metas estabelecidas pela JCI são: 1 – Identificar os Pacientes Corretamente; 2 – Melhorar a Comunicação Efetiva; 3 – Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta Vigilância; 4 – Assegurar Cirurgias Segura; 5 – Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; 6 – Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente Decorrentes de Quedas (JCI, c2020).

Os pacientes e familiares são as únicas pessoas que estão presente em todos os momentos e por isso, obtêm um conjunto de informações sobre toda a sua linha de cuidado. Quando engajados, podem desempenhar um papel muito significativo com a sua saúde e a assistência que está sendo oferecida pelos profissionais (WHO, 2013a).

Por conseguinte, as instituições de saúde devem envolver os pacientes nos cuidados em saúde de forma mais ativa e criativa, possibilitando maior proximidade e troca de informações entre profissionais e usuários. É imprescindível, também, que cada paciente seja compreendido em sua singularidade, pois o grau de envolvimento de pacientes e familiares pode variar naturalmente (O’HARA e LAWTON, 2016).

Segundo a OMS (WHO, 2009), a capacitação e o empoderamento são variáveis associadas a melhor participação do paciente na assistência em saúde, sendo o empoderamento um processo no qual os pacientes são orientados pelo profissional de saúde a realizar determinada tarefa, respeitando o contexto e cultura

em que está inserido.

Para tanto, são descritos 4 componentes fundamentais: 1) compreensão de seu papel em saúde 2) conhecimento do paciente; 3) habilidades do paciente e 4) presença de um ambiente facilitador (WHO, 2009; ANGELMAR e BERMAN, 2007).

Quanto ao primeiro tópico, considera-se que quanto mais o paciente compreende e aceita seu papel, melhor será sua participação e desempenho de atividades, sendo esta a base para a educação em saúde (WHO, 2009; ANGELMAR e BERMAN, 2007).

Sobre o conhecimento, é importante que o paciente obtenha informações como as suas opções e preferências (sobre o tratamento por exemplo), sobre a sua doença, seu estado de saúde, de forma clara, mas que também compreenda como aplicar o que foi aprendido em seu dia a dia. Com isto, o paciente passa a ser corresponsável por seu cuidado (WHO, 2009; ANGELMAR e BERMAN, 2007).

Para o desenvolvimento das habilidades do paciente, necessárias para seu melhor empoderamento, estão incluídas a autoeficácia e letramento em saúde, preditoras para a mudança de comportamento, integração de responsabilidades e desempenho de tarefas em saúde (WHO, 2009; ANGELMAR e BERMAN, 2007).

E por último, o ambiente facilitador, envolve o acesso dos pacientes aos profissionais para que os figure como parceiros e sintam-se confortáveis a se comunicarem, isentos de empecilhos. A garantia dos direitos dos pacientes, auxílio no processo de decisão, estrutura física adequada ao atendimento e as próprias experiências e crenças dos pacientes são também influenciadores do empoderamento (WHO, 2009; ANGELMAR e BERMAN, 2007).

O profissional de saúde, neste contexto, tem um papel fundamental, pois o seu incentivo é um fator que influencia no comportamento e participação do paciente nas questões de segurança. Assim, é importante que sejam receptivos às preocupações que apresentam. A definição dos papéis de cada um, seja paciente, médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde, parece colaborar para o melhor envolvimento do paciente (DAVIS *et al.*, 2012a).

A enfermagem, tradicionalmente, está presente todo o tempo e nos cuidados oferecidos ao paciente, assumindo responsabilidades por sua segurança: verificam pedidos, confirmam prescrições médicas, comunicam-se com outras áreas profissionais, gerenciando a assistência prestada (CASTLE *et al.*, 2004). Entre outras, a educação em saúde e liderança exercida pelo enfermeiro são potentes ferramentas

para a implementação de medidas de segurança do paciente (KOWALSKI e MAUREEN, 2017).

É imprescindível que a enfermagem, maior contingente de profissionais de saúde, assuma suas responsabilidades e deveres no âmbito da segurança do paciente, independente do cenário profissional, com o reconhecimento de que o paciente e familiares devem ser compreendidos como agentes ativos em seu processo de cuidado, visando a oferta de assistência mais segura e de qualidade (COREN, 2010).

No entanto, a segurança do paciente é transversal e a responsabilidade é compartilhada. Todos têm o papel de tornar o cuidado mais seguro, sejam eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou pacientes e familiares. Neste sentido, inúmeras são as estratégias que podem ser utilizadas para a promoção da segurança do paciente como a comunicação horizontalizada entre pacientes e profissionais, oferta de materiais educativos, capacitação de pacientes para reconhecimento de eventos adversos, promoção do envolvimento e autonomia para o autocuidado (SILVA *et al.*, 2016a).

O empoderamento do paciente, portanto, é uma importante estratégia de promoção da segurança do paciente, atual e promissora, que urge em tornar-se prática cotidiana nas instituições de saúde, por parte de todos os profissionais na busca de uma cultura de segurança consistente e de melhorias na qualidade da assistência (BRASIL, 2017b).

## 2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde compreende uma prática transversal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando a integração dos diferentes atores (usuários, familiares, profissionais), níveis de gestão e equipamentos de saúde. Enquanto política pública, fortalece a inclusão e o controle social, fomentando a mobilização da população em defesa de seus direitos e do SUS (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde define a educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou carreira na saúde.

Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, TESAURO ELETRÔNICO).

Também pode ser compreendida como uma prática que envolve conhecimentos interdisciplinares dos campos da saúde e educação, produzida de forma conjunta entre profissionais e pacientes (ACIOLI *et al.*, 2012).

Sob a concepção tradicional, a educação em saúde, é um conhecimento técnico, que inclui os saberes sociais e da saúde, articulados para proporcionar a prevenção e controle das doenças, com a contribuição de diferentes áreas. Nesta, os profissionais apropriam-se de seu conhecimento técnico-científico, para orientar os usuários sobre as condutas necessárias ao enfrentamento de seus problemas de saúde (STOTZ, 2007).

As técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde possuem caráter amplo, pois abrangem desde aquelas relacionadas à adesão ao tratamento, até a prevenção de situações que podem ser consideradas de risco, como o consumo de drogas, gravidez precoce, inatividade física e outras (STOTZ, 2007).

Quanto aos espaços de produção das práticas educativas, constata-se a sua dinamicidade principalmente em saúde pública, atendendo as necessidades da população ao se desenvolver em diferentes cenários, como escolas, serviços de saúde e outros espaços que possam abrigar a prática educativa (ACIOLI *et al.*, 2012).

Nesta perspectiva, associada à educação em saúde está a promoção da saúde que, no âmbito do SUS, refere-se a métodos diferenciados de produção da saúde, de forma individual e coletiva, buscando a articulação da Rede de Atenção à Saúde e participação ativa dos usuários dos serviços (BRASIL, 2014b). A proposta da promoção da saúde, também é ampliar os espaços de cuidado, para além do espaço físico das unidades de saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde adota, dentre tantos, como seus princípios, a autonomia dos usuários e o seu empoderamento, estimulando-os a assumirem o controle de suas próprias escolhas e a efetiva participação social, como corresponsáveis pelas ações relacionadas ao seu cuidado (BRASIL, 2014b).

A integralidade compreende também um princípio desta política, sendo fundamental para que o cuidado prestado ao indivíduo seja pautado no reconhecimento de suas necessidades e singularidades (BRASIL, 2014b).

A integralidade diz respeito à integração de conhecimentos, práticas, experiências em espaços acolhedores e que proporcionem o diálogo, a autonomia e emancipação dos sujeitos, a partir de práticas em saúde humanizadas (BRASIL, 2007). Também citada na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compreende um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 18056).

Orientada pelos mesmos princípios, foi regulamentada, em 2013, a Política Nacional de Educação Popular, através da Portaria MS/GM nº 2.761, de 19 de novembro, contribuindo com reflexões sobre a importância do diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013e).

A educação popular visa a valorização da cultura dos indivíduos, utilizando a troca de saberes populares e técnicos-científicos, de forma a aproximar os profissionais, usuários e gestores, com linguagem adequada às diferentes realidades, contribuindo para ações de cuidado baseadas no diálogo, integração e intersetorialidade. O fomento à participação, controle social e gestão participativa são fortemente estimulados nesta política (BRASIL, 2013e).

Isto posto, os profissionais precisam estar preparados para manejar as práticas educativas populares, pois nelas acontecem intensas trocas de experiências que, muitas vezes, transcendem os espaços físicos das instituições de saúde. Sentimentos e debates inesperados podem emergir, oportunizados pelo clima de confiança gerado entre profissionais e pacientes. Dessa forma, a relação pedagógica se estabelece e as soluções em saúde podem ser construídas coletivamente (VASCONCELOS, 2017).

No âmbito hospitalar, o modelo de cuidado centrado no paciente é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por meio de práticas que valorizem as necessidades individuais e coletivas, construção de vínculos e elaboração de projetos terapêuticos que possam ser compartilhados com os usuários. Tais práticas configuram mais qualidade à assistência e à segurança ao paciente (BRASIL, 2017c).

A alta hospitalar responsável é também valorizada na PNHOSP e entendida como um momento para a promoção da educação em saúde. Os usuários são

orientados quanto à importância da continuidade do tratamento, subsidiando a sua autonomia e autocuidado (BRASIL, 2017c).

Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS, devem ser compreendidos como campo de ensino e pesquisa, assim como o cenário hospitalar (BRASIL, 2017c). Apesar dos desafios, uma nova ótica para a promoção da saúde é necessária nos hospitais; não há mais espaço para que o paciente seja visto apenas do ponto de vista técnico e biologicista. A promoção da saúde é transversal e importante na atenção terciária, valorizando a saúde, em detrimento da doença (SILVA *et al.*, 2011).

A educação em saúde promovida nos hospitais é uma forma de valorizar os usuários, garantir os seus direitos, envolvendo-o em uma reflexão crítica sobre o seu processo de saúde-doença. Desta forma, os conhecimentos são compartilhados e a construção de um novo saber pode ser adquirido ou transformado. As repercussões da educação em saúde, neste cenário, podem ser a melhora da autonomia do indivíduo, do autocuidado, da qualidade de vida, tornando-os mais conscientes e críticos sobre a coletividade em que vivem (REZENDE *et al.*, 2016).

Chesani *et al.* (2019) compartilharam a experiência de um projeto de extensão na atenção hospitalar com o propósito de promover a educação em saúde e humanização com os cuidadores/familiares de crianças e adolescentes hospitalizados, no qual os usuários de saúde tinham lugar de fala, o que trouxe sensações de alívio e conforto, independente do tema discutido. Ademais, o projeto subsidiou a construção de conhecimentos sobre a promoção da saúde e o empoderamento dos sujeitos.

Dentre as temáticas abordadas foram contemplados o processo de internação, promoção da saúde, relações familiares, alimentação durante a hospitalização, política, violência intrafamiliar e extrafamiliar e outros. Contudo, estes foram apenas direcionadores para que a discussão pudesse ser iniciada e após amplificada com a participação de todos os envolvidos (CHESANI *et al.*, 2019).

Diferente do exposto até o momento, no tema segurança do paciente, a educação em saúde vem sendo implementada majoritariamente no contexto hospitalar, segundo os estudos analisados por Silva *et al.* (2016a) em comparação com a atenção primária e secundária, o que demonstra que as práticas educativas em segurança do paciente estão mais fortemente estabelecidas no âmbito hospitalar.

A educação de pacientes e familiares vem sendo amplamente incentivada para melhorar a segurança do paciente e qualidade em saúde. Não é mais suficiente que apenas os profissionais sejam capacitados, o paciente precisa ser envolvido em seu cuidado e receber as informações necessárias para que efetivamente a segurança do paciente seja garantida (SANTOS *et al.*, 2016).

Sugere-se que os pacientes, acompanhantes e familiares sejam orientados, conscientizados e incentivados pelos profissionais de saúde a questionar sobre a higiene das mãos, prevenção de quedas, mudança de decúbito, prevenção de lesão por pressão, conferência dos dados de identificação antes dos procedimentos em saúde, cirurgia segura, alergias, comunicação clara e outros (SANTOS *et al.*, 2016).

Inúmeros órgãos e instituições de saúde, como a ANVISA, OMS, e Ministério da Saúde, disponibilizam materiais educativos para pacientes como estratégias para aumentar a segurança do paciente. Contudo, ainda há poucas publicações sobre a efetividade destas estratégias (SANTOS *et al.*, 2016).

Nos Estados Unidos e outras nações, o Instituto para Melhoria do Cuidado em Saúde (*Institute for Healthcare Improvement – IHI*) influencia a melhoria dos cuidados em saúde e segurança do paciente, oferecendo ferramentas para a educação em saúde de seus usuários, entendendo ser fundamental o aprendizado coletivo (IHI, c2021).

Assim, foi publicado um kit de ferramentas de segurança do paciente com orientações de como utilizá-las (IHI, c2019). Entre elas está o *Ask Me 3*® (Pergunte-me), programa educativo que incentiva pacientes e familiares a fazerem três perguntas específicas para os profissionais de saúde com a finalidade de compreender sua condição clínica, melhorar sua saúde, tornar os pacientes mais ativos em seu cuidado e melhorar a comunicação. As perguntas são: 1) Qual é o meu problema principal? 2) O que preciso fazer? 3) Por que é importante que eu faça isso? (IHI, c2019).

No Brasil, o Ministério da Saúde sugere que pacientes e familiares perguntem à equipe de saúde suas dúvidas e preocupações e fiquem atentos ao cuidado que está sendo prestado. A participação do paciente vem sendo difundida e também incentivada nacionalmente (BRASIL, 2017a).

O envolvimento do paciente em iniciativas de segurança revela-se como mais uma barreira para a prevenção dos eventos adversos em saúde. Uma das estratégias citadas pelo IHI é a inclusão dos pacientes na conferência de seus procedimentos,

medicamentos e dados de identificação. Os profissionais de saúde deveriam, em sua prática, interromper o processo em caso de dúvidas e checar novamente o medicamento ou procedimento (IHI, c2021).

Não obstante, os profissionais de saúde precisam estar atentos às reais preocupações dos pacientes, orientando-os sobre cada etapa do cuidado que está sendo oferecido. Na administração de medicamentos, é importante revisar sobre o medicamento, finalidade, dosagem junto com o paciente, dando oportunidade para quaisquer esclarecimentos. Esta é também uma oportunidade para orientar sobre os medicamentos que o paciente fará uso após o período de alta (IHI, c2021).

O momento da alta compreende inúmeras orientações que o paciente deve receber para que a continuidade do cuidado ocorra de forma efetiva. O MS definiu uma lista com itens mínimos a serem considerados para orientação ao paciente, que inclui a segurança medicamentosa e o reconhecimento de eventos adversos (BRASIL, 2017a).

Contudo, a participação do paciente não deve se resumir ao fato de questionar ou lembrar os profissionais de saúde de realizar a checagem da medicação ou identificação do paciente antes dos procedimentos, é preciso que o serviço de saúde e a equipe de profissionais criem espaços de discussão dos direitos dos pacientes, bem como as falhas que ocorrem no cotidiano da assistência prestada (BEHRENS, 2019).

A autonomia do indivíduo apenas será garantida, se ele tiver a oportunidade de receber as informações necessárias sobre a sua saúde e seu cuidado de forma clara e acessível, para que, assim, possa fazer as suas escolhas de forma consciente. Este é um direito do paciente e obrigação legal das instituições de saúde (BEHRENS, 2019).

O conhecimento do paciente sobre o seu processo saúde-doença e a colaboração da equipe de saúde, são imprescindíveis para que as falhas sejam evitadas (IHI, c2021); todos podem colaborar e a educação em saúde é a principal ferramenta para que pacientes e familiares possam se envolver e protagonizar o seu cuidado.

As práticas de educação em saúde devem, nesse sentido, contribuir para a produção de novos conhecimentos baseados em estratégias de comunicação apropriadas aos diferentes cenários, modos de ser, culturas, realidades e linguagens,



subsidiando a formação de cidadãos que enfrentam os desafios presentes no SUS, protagonistas de seu processo de cuidado (BRASIL, 2013e).

## 2.3 AUTOEFICÁCIA

A autoeficácia percebida refere-se às crenças que os indivíduos possuem sobre si mesmos, no que tange à sua capacidade pessoal de executar determinadas tarefas e ações (BANDURA, 1986; 1994), sendo estas relacionadas com o comportamento, pensamento, sentimento e motivação do ser humano (BANDURA, 1994), desempenhando papel central entre os mecanismos que exercem influência sobre suas próprias ações (BANDURA, 1986).

As crenças de autoeficácia impactam variadas áreas da vida humana e quando fortes, no coletivo observa-se melhora no empoderamento dos indivíduos (PAJARES e OLAZ, 2008).

Pessoas com um forte senso de autoeficácia: 1) tendem a realizar tarefas mais difíceis sem sentirem-se ameaçadas ou com desejo de evitá-las; 2) envolvem-se mais em suas atividades, firmando compromissos; 3) sustentam seus esforços diante do fracasso, relacionando a falha ao esforço ou conhecimento insuficiente que podem ser aprendidos; 4) apresentam mais bem-estar, realização pessoal, menos estresse e depressão (BANDURA, 1994).

O inverso, que são os indivíduos com baixa autoeficácia: 1) sentem-se ameaçados por tarefas difíceis, tendendo a evitá-las, valorizando as próprias falhas e dificuldades; 2) têm pouco comprometimento com as atividades e objetivos que almejam; 3) desistem mais facilmente e são mais propensos a estresse e depressão (BANDURA, 1994).

Os resultados esperados pelos indivíduos também estão relacionados com as crenças de autoeficácia, pois aqueles altamente eficazes esperam obter bons resultados, esforçando-se para enfrentar os desafios que são impostos, enquanto os com baixa autoeficácia esperam obter resultados ruins, contentam-se com baixas resoluções dos problemas ou optam por desistir (BANDURA, 2009).

As crenças de autoeficácia são provenientes de 4 fontes principais, através de um processo complexo de persuasão pessoal (BANDURA, 2009), sendo a primeira denominada de experiência de domínio, compreendida como a interpretação do resultado de uma vivência anterior, aumentando ou reduzindo a autoeficácia de

acordo com o resultado da experiência; a segunda é a experiência vicária, que se origina da observação de outras pessoas na realização de suas tarefas; a terceira fonte é a persuasão social que o outro faz sobre um indivíduo, assim, julgamentos e avaliações podem influenciar a autoeficácia; e por último os estados somáticos e emocionais (tristeza, ansiedade, estresse) que podem ser avaliados pelo estado fisiológico da pessoa frente à determinada ação (PAJARES e OLAZ, 2008; BANDURA, 1994).

Independentemente de onde foram originadas as crenças de autoeficácia, sabe-se atualmente que elas são desenvolvidas e variam ao longo da vida de cada indivíduo, como resultado de suas vivências; assim, na vida adulta, o senso de autoeficácia, afeta o trabalho, relacionamento conjugal, com os filhos, de forma a gerenciar de maneira mais ou menos satisfatória a própria vida (BANDURA, 1994).

Na terceira idade, um melhor senso de autoeficácia pode contribuir para a preservação de habilidades sociais, físicas e intelectuais, bem como, quando são estimulados a manter uma vida produtiva, sem perder seu papel na sociedade, também contribuem para a manutenção da autoeficácia (BANDURA, 1994).

Silva e Lautert (2010) abordaram em sua pesquisa sobre como o senso de autoeficácia influencia a manutenção dos comportamentos promotores de saúde de pessoas idosas e observou que fatores como a determinação e confiança em sua capacidade pessoal favoreceram o fortalecimento do senso de autoeficácia, o que foi determinante para a manutenção do comportamento e promoção do autocontrole.

Na área da saúde, com o objetivo de aumentar a autoeficácia, algumas estratégias podem ser recomendadas como: orientar o paciente a buscar a equipe na presença de dúvidas ou quando julgar necessário; estabelecer pequenas metas na resolução de tarefas; utilizar lembretes com informações sobre como deve agir em determinadas situações ou que auxiliem após uma recaída utilizando frases como "Foi só um deslize; comece de novo agora!", e avaliar se as técnicas utilizadas estão sendo satisfatórias ou não, para assim reprogramá-las (CAVALCANTI e OLIVEIRA, 2012, p. 32).

Marks, Allegrante e Lorig (2005) citam a autoeficácia como uma variável que pode ser influenciável assim como pode influenciar, por exemplo, o estado de saúde dos pacientes, motivação e adesão à terapia medicamentosa. Ações educativas que considerem a autoeficácia destacaram-se na otimização e sucesso no manejo das doenças crônicas, pois afetam o desempenho comportamental dos indivíduos. Desta

forma, os autores sugerem que a avaliação dos níveis de autoeficácia é importante para determinar o envolvimento do paciente e comportamento de autocuidado.

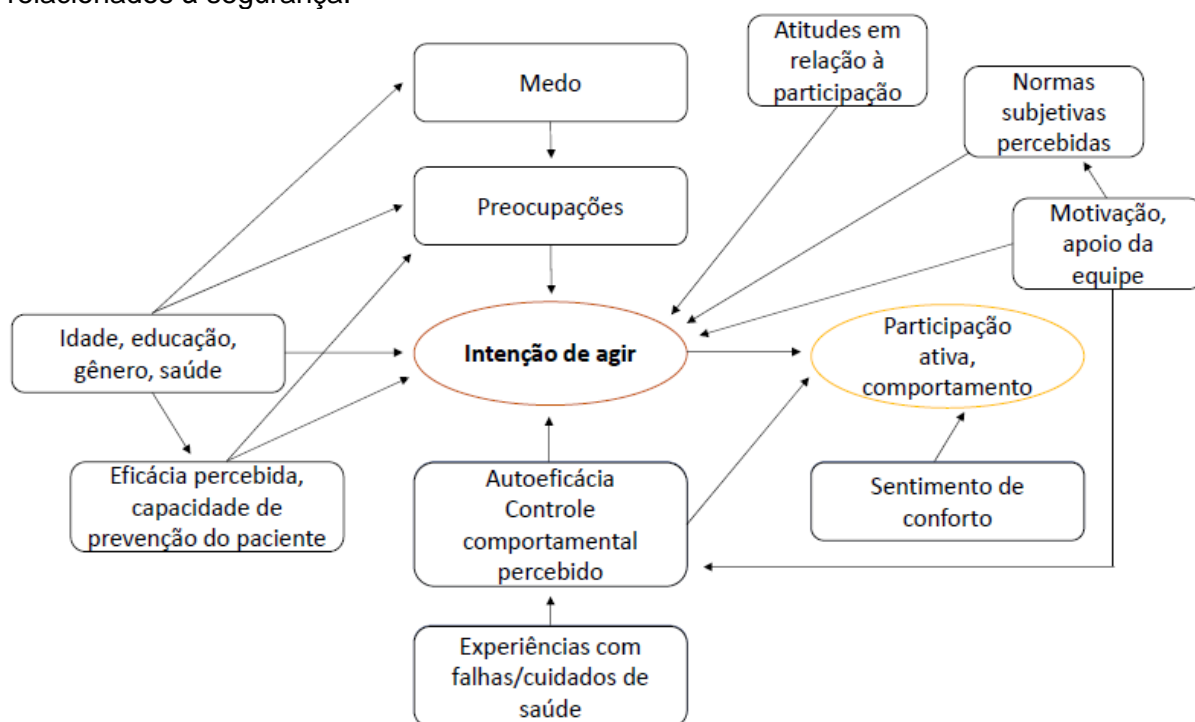
Para desenvolver a crença de autoeficácia em indivíduos com diabetes no comportamento de autocuidado, Mohebi *et al.* (2013) declaram alguns fatores associados: 1) o primeiro julgamento do paciente sobre a tarefa a ser desempenhada; 2) a própria tarefa que pode ser mediada pelo profissional de saúde a fim de atingir os objetivos necessários; 3) a repetição do comportamento que pode levar à melhora e elevação da autoeficácia a depender da metodologia utilizada pelos profissionais e 4) a recompensa ou reconhecimento do esforço do paciente ao realizar a tarefa. Assim, os profissionais de saúde podem promover ações educativas planejadas, que motivem os usuários de saúde a melhorar o comportamento e controle da doença.

As estratégias educativas subsidiadas pela autoeficácia são importantes promotoras da confiança e mudança do comportamento em saúde, sobretudo quando consideram o perfil da população e o contexto em que será desenvolvida (DODT *et al.*, 2013).

No que concerne à autoeficácia e segurança do paciente, uma revisão sistemática desenvolvida para analisar as evidências sobre o engajamento e envolvimento do paciente na prevenção de falhas e a eficácia das iniciativas para melhorar a participação do paciente, determinou que os elementos centrais para a promoção do envolvimento do paciente são a autoeficácia e as crenças de controle do comportamento. Todavia, as iniciativas de segurança que almejam envolver o paciente devem considerar as perspectivas dos pacientes e esforços de todas as instâncias. O paciente precisa se sentir seguro no ambiente de saúde, de modo a compreender o seu papel como parceiro e não como uma transferência de responsabilidades (SCHWAPPACH, 2010).

Schwappach (2010) propõe um modelo conceitual para simplificar as relações que se estabelecem entre as intenções e o comportamento de segurança para ações preventivas conforme demonstrado na figura 1.

**Figura 1:** Modelo conceitual de intenção de agir e engajamento em comportamentos relacionados à segurança.



**Fonte:** Adaptado e traduzido de Schwappach (2010).

O modelo apresenta relações de causalidade, porém nem todas estão bem esclarecidas na literatura. Há muitas variáveis implicadas ao adequado envolvimento do paciente em segurança e as ações educativas recomendadas precisam promover mudanças comportamentais complexas, entendendo inclusive que o conforto para o paciente agir em determinadas ações pode variar (SCHWAPPACH, 2010). As recomendações em saúde mais antigas, ou mais comuns aos pacientes são mais aceitas do que as novas recomendações, justamente porque muitos não se sentem confortáveis em mudar (HIBBARD *et al.*, 2005).

Como mencionado, no estudo de Garcia-Williams *et al.* (2010), os pacientes referiram não se sentirem à vontade para questionarem os profissionais de saúde quanto à higiene das mãos, principalmente aqueles que tiveram experiências anteriores nos serviços de saúde. No entanto, após intervenção educativa os pacientes melhoraram a autoeficácia e adesão aos comportamentos de segurança.

Cho e Lee (2021) analisaram os efeitos de uma intervenção autoeducativa sobre a segurança do paciente por meio de um aplicativo de smartphone nos níveis de autoeficácia e nos comportamentos de segurança dos pacientes e observaram que a ação educativa obteve resultados satisfatórios no aumento da segurança,

envolvimento do paciente e autoeficácia; sugere-se inclusive que colaborou na diminuição das falhas e incidentes em saúde, contudo, são necessárias mais pesquisas para comprovar este dado.

Quanto ao papel do paciente na prevenção de falhas, Hibbard *et al.* (2005) identificaram que o maior senso de autoeficácia está associado a melhor capacidade de prevenção de erros e mais engajamento em ações preventivas. Presume-se ainda que as orientações fornecidas ao paciente sobre falhas e envolvimento no processo de cuidado como “vigilantes” podem aumentar a autoeficácia dos usuários de saúde.

É importante citar que mesmo pacientes com baixa autoeficácia podem ser beneficiados com a intervenção educativa e melhorar o comportamento de segurança. Na pesquisa de Cho e Lee (2021), os pacientes eram orientados sobre as atitudes e comportamentos esperados diante dos eventos adversos e estimulados a terem maior envolvimento no seu cuidado, o que parece ter contribuído também para elevar a autoeficácia.

See *et al.* (2014) demonstraram em seu estudo que a implementação de intervenção educativa sobre segurança do paciente denominada AWARE (*Alert Worsening Conditions And Report Early – Atente-se os sinais de agravamento e relate precocemente*) melhorou a autoeficácia dos pacientes, no que diz respeito à possibilidade de reconhecerem e relatarem seus sintomas de deterioração aguda. Os autores sugerem que o uso de estratégias de comunicação, abordagens individualizadas e padronizadas e suporte cognitivo podem ter contribuído para melhorar a autoeficácia dos pacientes.

O constructo da autoeficácia fornece uma base teórica fundamentada em pesquisas. Assim, a utilização de estratégias que promovem a autoeficácia pode ter melhores resultados em programas de saúde, o que pode ser considerado altamente eficaz (HOLLOWAY e WATSON, 2002). A mudança de comportamento também pode ser observada (HOLLOWAY e WATSON, 2002; SILVA e LAUTERT, 2010) quando os profissionais de saúde se comprometem, o que auxilia na adesão às novas medidas propostas e à manutenção do novo comportamento (SILVA e LAUTERT, 2010).

Portanto, intervenções educativas em saúde sobre a segurança do paciente interrelacionadas à autoeficácia são promissoras e mostram-se importantes preditoras do envolvimento e engajamento do paciente nas questões relacionadas à sua segurança.

## 2.4 AUTOCUIDADO

O processo de cuidar é inerente ao ser humano, presente em toda a história, assumindo diversos significados nos mais variados contextos (SILVA *et al.*, 2009). Historicamente, o cuidar de pessoas doentes era responsabilidade das mulheres, da família e posteriormente dos profissionais de saúde, como médico e enfermeiras a partir do século XX (BRASIL, 2014c).

Cuidado refere-se a cuidar de si, da família e da comunidade (BRASIL, 2014c), mas nem sempre há um conceito bem definido: envolve apreço, querer o bem-estar, métodos diferentes de agir, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2009).

Neste sentido, o cuidar de si ou o autocuidado evolui durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, tornando o homem mais ou menos autônomo em todos os aspectos da vida (QUEIRÓS, 2010), pois, quando o homem não desempenha de forma adequada seu autocuidado, precisará de assistência, que pode ser exercida por familiares, cuidadores leigos ou profissionais capacitados, a depender de sua necessidade (TAYLOR e RENPENNING, 2011).

Para Orem (2005), em sua Teoria do Autocuidado, a agência de autocuidado compreende a capacidade do ser humano de decidir, envolver e realizar o autocuidado. O profissional de enfermagem, neste sentido, quando utiliza seu poder para cuidar, promove a agência de enfermagem.

O poder de autocuidado ou potencialidade, segundo Söderhamn (2000), é imprescindível para o desenvolvimento do autocuidado, a fim de promover, melhorar ou reestabelecer a saúde, sendo a atividade de autocuidado o resultado esperado dos agentes envolvidos.

Esta teoria foi desenvolvida por Orem em 1956, destacando a enfermagem e o autocuidado de forma pioneira. Explicitou os motivos pelos quais as pessoas precisam dos cuidados de enfermeiros seja de forma individual ou coletiva e o processo que envolve o desenvolvimento do autocuidado. Assim, na Teoria do Autocuidado, a assistência está relacionada a necessidades reais ou potenciais dos indivíduos (TAYLOR e RENPENNING, 2011).

Orem (1985) afirma, ainda, que o autocuidado é um comportamento que precisa ser aprendido de forma contínua, pois implica em formar novos hábitos. Os profissionais de saúde comumente orientam e incentivam os pacientes a melhorarem

seus hábitos de vida, para que alcancem o autocuidado (CAVALCANTI e OLIVEIRA, 2012).

Como forma de favorecer a adesão aos novos hábitos, é importante que os profissionais de saúde façam a sistematização do cuidado, inclusive para prevenirem e auxiliarem os pacientes a enfrentarem seus deslizes e recaídas que são comuns durante a mudança (CAVALCANTI e OLIVEIRA, 2012).

O autocuidado, assim, é centrado na pessoa, no diálogo, e, propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo (BRASIL, 2014c, p. 113).

Por isso, os profissionais de saúde precisam constantemente estar atentos às mudanças do paciente, mediando-as nos diferentes ciclos da vida (BRASIL, 2014c). E quando os profissionais entendem esse momento como oportunidade de crescimento, são capazes de auxiliar os pacientes, contribuindo também para a promoção da autoeficácia (CAVALCANTI e OLIVEIRA, 2012).

A responsabilidade do autocuidado não deve recair apenas ao indivíduo ou sua família, mas também aos profissionais de saúde e instituições que oferecem cuidado, sustentando-se a partir de 3 pilares ou problemas que devem ser enfrentados, denominados de problemas de manejo clínico, emocionais e as mudanças necessárias ao estilo de vida (BRASIL, 2014c).

Os problemas de manejo clínico referem-se às novas habilidades que os pacientes precisam desenvolver para se auto cuidar, com conteúdos referentes a aprender a conhecer e aprender a fazer. Já os problemas de aspecto emocional dizem respeito a aprender a ser e aprender a conviver, demonstrando como o usuário lida com seus sentimentos e a mudança. Por último, as mudanças referem-se ao estilo de vida, com conteúdos que desenvolvam o aprender a ser e aprender a conviver, incluindo novamente o aprender a fazer, de forma a instrumentalizar o paciente em seu autocuidado (BRASIL, 2014c).

Para o fortalecimento desses pilares, os profissionais de saúde precisam compreender e definir as necessidades e prioridades de cada indivíduo e os profissionais envolvidos com o cuidado (BRASIL, 2014c). A enfermagem, neste

contexto, assume papel importante na implementação de estratégias de promoção do autocuidado, subsidiando o paciente a se adaptar ao seu meio ambiente, respeitando e valorizando suas vivências, na busca de melhorar a qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2009).

O autocuidado compreende, portanto, um elemento central para a enfermagem, entendido como um recurso para promover a saúde dos indivíduos, inclusive como pressuposto para as atividades educativas em saúde, em prol da melhoria das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes (PETRONILHO, 2012). A equipe de enfermagem pode proporcionar melhor compreensão e reflexão sobre os aspectos relacionados ao autocuidado, a partir da busca pela mudança da condição atual, e posteriormente expandindo para novos processos de aprendizagem e adaptação (PETRONILHO, 2012).

Do ponto de vista prático, a promoção do autocuidado, segundo Zrínyi e Zékányiné, (2007), depende de uma relação terapêutica e equilibrada entre o profissional da enfermagem e o paciente. Para isso, é preciso que recebam informações adequadas, que se sintam confortáveis e seguros para discutir suas necessidades de saúde. Dessa forma, acredita-se que maiores níveis de autocuidado podem ser alcançados.

O aumento nos escores de autocuidado tem sido associado a intervenções educativas em saúde. Yildiz e Kaşıkçı (2020), em um quase experimento, encontraram elevação na agência de autocuidado e qualidade de vida após intervenção educativa para pacientes com doença arterial coronariana utilizando livreto educativo e acompanhamento telefônico. Macedo *et al.* (2017), com estudo desenvolvido na atenção primária com usuários de saúde diabéticos tipo 2, verificou resultados positivos na adesão ao tratamento, autocuidado e empoderamento após intervenção educativa com grupos. Borges e Seidl (2013), com a implementação de intervenção psicoeducativa para idosos, buscaram fortalecer os comportamentos de autocuidado e observaram resultados favoráveis quanto à conscientização dos participantes para a busca de auxílio regular nos serviços de saúde e reconhecimento da importância das ações preventivas.

As práticas educativas em saúde oferecem uma oportunidade para o diálogo e troca de experiências entre profissionais e pacientes sobre o processo saúde-doença, que pode ser facilitado pelo estabelecimento do vínculo. Apesar de ser um desafio, constitui-se em uma das estratégias mais importantes para a promoção do



autocuidado (PEREIRA *et al.*, 2009).

Neste sentido, é preciso refletir e ponderar sobre os fatores individuais, ambientais e sociais que estão interligados ao comportamento de autocuidado conforme modelo proposto por Dizaji *et al.* (2014) para elaboração de programa educativo para pacientes com diabetes. Neste, são considerados como fatores facilitadores para este comportamento as habilidades de controle das doenças, recursos educativos utilizados e apoio familiar. Ademais, as experiências positivas, incentivo familiar e da equipe foram apresentados como um reforço ao comportamento de autocuidado. Os resultados do estudo mostraram diferença estatisticamente significativa nos níveis do conhecimento, atitudes, fatores capacitantes e de reforço para o autocuidado após a intervenção educativa.

Novas estratégias de educação em saúde são necessárias para alcançar os objetivos almejados. Rodrigues *et al.* (2009), em um programa educativo multiprofissional para pacientes diabéticos, explorou diversas metodologias de ensino, dentre elas a dramatização, dinâmicas de grupo, troca de experiências e *role playing* e encontrou resultados satisfatórios no conhecimento necessário ao manejo clínico da doença. Porém, ressalta-se que apenas o conhecimento nem sempre é suficiente para que ocorra a mudança de atitude. Há muitos elementos envolvidos no cotidiano de cada indivíduo que podem interferir no comportamento de autocuidado.

Sobre o exposto, entre as variáveis encontradas que estão interrelacionadas a melhorias no comportamento de autocuidado estão: autoeficácia com efeito predominante (CAVALCANTI e OLIVEIRA, 2012; MOMENABADI *et al.*, 2020; MOHEBI *et al.*, 2013), autoestima, conhecimento, suporte social, resiliência, coerência e benefícios percebidos e portanto, devem ser considerados pelos profissionais de saúde (MOMENABADI *et al.*, 2020).

Especificamente sobre o autocuidado e autoeficácia, Mohebi *et al.* (2013) comprovam a relação existente entre ambos ao afirmar que a autoeficácia pode afetar a motivação do indivíduo e conseqüentemente o comportamento promotor da saúde, culminando em melhores comportamentos de autocuidado para indivíduos com diabetes.

Em vista disso, ao analisar as relações existentes entre tais variáveis dentro de outros contextos, neste caso a segurança do paciente, observa-se que os pacientes também devem desenvolver comportamentos de autocuidado em situações de risco como apresentado no estudo de Gossec *et al.* (2013) que elaborou e validou

um questionário para avaliação de habilidades de segurança. O questionário compreendeu questões relacionadas ao conhecimento (sobre o nome dos biofármacos, o que fazer diante reações adversas, risco de infecção), manejo da infecção e febre (reconhecimento de sinais e sintomas, automedicação), imunização (reconhecimento das vacinas adequadas ou não), higiene oral, planejamento cirúrgico (medicações que devem ser interrompidas, a quais profissionais relatar sobre o uso da terapia biológica), comunicação (a quem contatar diante de problemas) e o uso de medicamentos subcutâneos (armazenamento, desinfecção, descarte de resíduos e aplicação), que pode colaborar na avaliação da eficácia da educação em saúde no domínio da segurança do paciente.

O autocuidado está relacionado com atividades de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento em saúde contribuindo com a tomada de decisão de pacientes e familiares (WHO, 2004). Por isso, também precisa ser incentivado durante as atividades educativas em saúde sobre a segurança do paciente. Há de se ressaltar, neste sentido, as premissas do empoderamento em saúde que favorecem o desenvolvimento de habilidades necessárias para a validação dos direitos dos pacientes, para assim obterem maior controle sobre o que os fatores que afetam a sua vida (WHO, 2004).

Os estudos relacionados ao autocuidado, majoritariamente, contemplam a abordagem de pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes. No entanto, esta variável correlaciona-se intimamente com a autoeficácia, que também será avaliada no presente estudo, pois, ambas parecem não se dissociar. O autocuidado também é uma variável nova no contexto da segurança do paciente e por isso a pesquisa é inovadora.

Entende-se que o autocuidado pode ser considerado como uma estratégia de redução de riscos e alcance de resultados favoráveis junto aos pacientes, já que está intimamente relacionado ao envolvimento e engajamento do paciente em seus cuidados. Por isso, as políticas voltadas para a promoção do envolvimento do paciente no alcance de cuidados seguros supostamente devem considerar o autocuidado como uma estratégia promissora e significativa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a efetividade de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente no autocuidado e na autoeficácia de pacientes hospitalizados.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar material educativo com informações relevantes aos pacientes sobre segurança do paciente;
- Validar material educativo sobre segurança do paciente;
- Comparar os níveis de autocuidado e de autoeficácia entre pacientes hospitalizados que foram submetidos ou não à intervenção educativa;
- Verificar o grau de associação entre as características sociodemográficas e clínicas e os níveis de autoeficácia e autocuidado.

## 4 HIPÓTESES

### 4.1 HIPÓTESES H0

- Os níveis de autocuidado dos participantes da intervenção educativa (grupo intervenção) serão iguais aos dos participantes do grupo controle.
- Os níveis de autoeficácia dos participantes da intervenção educativa (grupo intervenção) serão iguais aos dos participantes do grupo controle.

### 4.2 HIPÓTESES H1

- Os níveis de autocuidado dos participantes da intervenção educativa (grupo intervenção) serão superiores aos dos participantes do grupo controle.
- Os níveis de autoeficácia dos participantes da intervenção educativa (grupo intervenção) serão superiores aos dos participantes do grupo controle.

## 5 MÉTODO

Para alcance do objetivo proposto no presente estudo, foi realizada uma pesquisa quase-experimental com delineamento do tipo controle não equivalente, na qual foi avaliada a efetividade de uma intervenção educativa sobre segurança do paciente no autocuidado e na autoeficácia para 158 pacientes hospitalizados.

Para adequar-se às normas exigentes e atuais para descrição da pesquisa experimental, seguiu-se as recomendações da declaração CONSORT-2010 (*Consolidated Standards of Reporting Trials*), incluindo a lista de verificação de 25 itens e o fluxograma sugerido (SCHULZ, ALTMAN E MOHER, 2010). O registro do quase-experimento foi realizado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-8gzp4f4.

A pesquisa experimental é apropriada para testar as relações de causa e efeito, sendo a única capaz de demonstrar as mudanças que uma variável pode provocar em outra. Três critérios específicos devem estar presentes para que a pesquisa possa ser caracterizada como experimental: a designação aleatória do grupo a ser pesquisado (randomização); o controle (há um controle sobre o experimento, utilizando-se de grupo experimental e grupo controle) e a manipulação de variáveis (intervenção aos participantes do estudo) (GIL, 2010; BAPTISTA e MORAIS, 2007).

O estudo quase-experimental é muito semelhante à pesquisa puramente experimental, tendo como característica indispensável a manipulação das variáveis, pois o pesquisador desenvolve um experimento, no entanto, com alguma característica do mesmo em falta como, por exemplo, a não aleatorização da amostra ou a falta do grupo controle (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Na área da enfermagem, como muitas intervenções ocorrem em ambiente natural, ou devido às próprias características das intervenções, há ocasiões em que a randomização não é possível ou viável. Assim, a pesquisa quase-experimental, passa a ser uma opção para que haja algum controle sobre o que será pesquisado (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004; DUTRA e REIS, 2016). Assume-se, contudo, que podem existir inferências sobre a causa-efeito da intervenção realizada (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

O presente estudo caracteriza-se como quase-experimental, porque os participantes da pesquisa foram distribuídos para os GI e GC de forma não aleatória. Primeiramente foram coletados os dados do grupo controle e após do grupo intervenção. Assim, a seleção e coleta de dados ocorreu em períodos diferentes com o objetivo de evitar a comunicação entre os participantes e uma possível mudança de comportamento dos profissionais de saúde. Já que se trata de uma pesquisa envolvendo uma intervenção educativa, o compartilhamento de informações precisou ser evitado.

Dentre os vários desenhos da pesquisa quase-experimental, utilizou-se o grupo controle não equivalente, que é o mais usual, no qual os participantes são avaliados na linha de base, uma intervenção é realizada e seus resultados são observados em dois ou mais grupos, depois de sua implementação. Assim, esse tipo de estudo é pariforme ao estudo experimental anterior-posterior, exceto pela ausência de aleatorização dos participantes nos grupos (POLIT BECK e HUNGLER, 2004; DUTRA e REIS, 2016).

O estudo foi composto por 2 etapas:

- Construção e análise das evidências de validade de conteúdo de material educativo sobre segurança do paciente;
- Testagem da intervenção educativa sobre segurança do paciente.

## 5.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa comprometeu-se com os preceitos éticos firmados na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualizados na Resolução Nº 466/2012 de 12 de 2012 atendendo a todas as exigências éticas e científicas fundamentais (BRASIL, 2013f). A pesquisa somente teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob o parecer nº 4.322.164, de 6 de outubro de 2020.

Na ocasião do estudo, os participantes (peritos e pacientes das instituições de saúde da pesquisa), quando recrutados, foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, sem constrangimentos e com garantia de sigilo e para isso, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1, 2 e 3).

## 5.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

### 5.2.1 Revisão de Escopo sobre Segurança do Paciente

O estudo teve início com uma revisão de escopo, utilizada com o propósito de subsidiar a construção de um material educativo sobre a segurança do paciente para o paciente.

Buscou-se na literatura informações relevantes aos pacientes sobre a segurança do paciente, com base nas metas internacionais de segurança do paciente da *Joint Commission International* (JCI, c2020) e nas medidas (protocolos) instituídas pelo Ministério da Saúde a fim de desenvolver nacionalmente a segurança do paciente (BRASIL, 2013b; 2013c), conforme descrito a seguir:

- Prevenção de Quedas;
- Identificação do Paciente;
- Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos;
- Cirurgia Segura;
- Prática de Higiene das mãos;
- Úlcera por Pressão.

Cada denominação de protocolo foi um direcionador das buscas para esta revisão de escopo, com exceção dos protocolos de Cirurgia Segura e Úlcera por Pressão, pois o primeiro se trata de protocolo específico para pacientes que serão submetidos a procedimento cirúrgico e necessitam de cuidados mais específicos e o segundo inclui intervenções mais voltadas para profissionais de saúde ou cuidadores, que não são o foco desta pesquisa.

A revisão foi realizada com base nas normas de revisões de escopo do Instituto Joanna Briggs – JBI, (*JBI scoping review*), que tem o objetivo de produzir uma gama de informações sobre determinada área temática, mapeando os conceitos existentes (PETERS *et al.*, 2020).

As diretrizes para a revisão de escopo recomendadas pela JBI, são: 1) Título, pergunta de pesquisa e critérios de inclusão conforme recomendação específica

(auxiliados pelo mnemônico PCC, que se refere à População, Conceito e Contexto respectivamente); 2) Introdução e objetivos abrangentes; 3) Procedimento de coleta de dados sistematizado (ao menos 2 bancos de dados); 4) Seleção das fontes (por no mínimo 2 revisores); 5) Extração e apresentação dos resultados (PETERS *et al.*, 2020).

O mnemônico PCC, utilizado para metodizar as buscas e a pergunta de pesquisa, ficou assim constituído (Quadro 1), considerando cada temática recomendada pelo M.S:

**Quadro 1:** Mnemônico a PCC para a revisão de escopo em cada temática específica.

<b>TEMÁTICAS</b>	<b>P (população)</b>	<b>C (conceito)</b>	<b>C (contexto)</b>
<b>Prevenção de Quedas</b>	Usuários dos serviços de saúde/pacientes	Informações relevantes aos pacientes sobre a prevenção de quedas	Serviços de saúde (atenção primária, secundária e terciária).
<b>Identificação do Paciente</b>	Usuários dos serviços de saúde/pacientes	Informações relevantes aos pacientes sobre a identificação do paciente	Serviços de saúde (atenção primária, secundária e terciária).
<b>Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos</b>	Usuários dos serviços de saúde/pacientes	Informações relevantes aos pacientes sobre a segurança na prescrição de medicamentos/ uso de medicamentos/ administração de medicamentos	Serviços de saúde (atenção primária, secundária e terciária).
<b>Prática de Higiene das mãos</b>	Usuários dos serviços de saúde/pacientes	Informações relevantes aos pacientes sobre a prática de higiene das mãos	Serviços de saúde (atenção primária, secundária e terciária).

**Fonte:** elaborado pelo autor.

Após a utilização desta estratégia as perguntas de pesquisa foram:

- 1) Quais as informações relevantes ao paciente relacionadas à prevenção de quedas nos serviços de saúde?



- 2) Quais as informações relevantes ao paciente relacionadas à identificação do paciente nos serviços de saúde?
- 3) Quais as informações relevantes ao paciente relacionadas à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos nos serviços de saúde?
- 4) Quais as informações relevantes ao paciente relacionadas à prática de higiene das mãos nos serviços de saúde?

Considerando o exposto, os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no banco de dados MeSH foram: “*patient safety*”, “*health education*”, “*patient education*”, bem como suas combinações, foram usadas para construir as estratégias em todas as temáticas. Optou-se pela utilização de descritores controlados para melhor direcionamento e refinamento das buscas nas bases de dados. Os descritores relacionados às especificidades dos temas estão descritos a seguir:

**Quadro 2:** Descritores específicos utilizados como estratégias de buscas nas bases de dados.

<b>TEMÁTICAS</b>	<b>DESCRITORES</b>
<b>Prevenção de Quedas</b>	“ <i>accidental falls</i> ”
<b>Identificação do Paciente</b>	“ <i>patient identification systems</i> ”
<b>Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos</b>	“ <i>medication erros</i> ”
<b>Prática de Higiene das mãos</b>	“ <i>hand hygiene</i> ”

**Fonte:** DeCS e MeSH.

Os critérios de inclusão para as buscas foram: artigos originais, sem limitações de período, nas bases de dados *Web of Science* (WOS), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Índice Cumulativo de Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde (CINAHL) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), acessado através do Portal de Periódicos da Capes por meio da rede da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), vinculado à Biblioteca Comunitária da UFSCar; na impossibilidade de acessar utilizando este recurso, foram esgotadas todas as possibilidades para obtenção do artigo, tais como: solicitação por e-mail, comutação bibliográfica - COMUT (Programa de Comutação Bibliográfica) e plataforma Google. Optou-se por artigos originais ou de revisão como tipos de fontes

de dados, nos idiomas português e inglês. O processo de busca nas bases eletrônicas de dados ocorreu no período de outubro de 2019 à dezembro de 2019.

A estratégia final de busca com base ao mnemônico PCC resultou 3.237 referências e está descrito nos Quadros 3 a 6, divididos pelas temáticas desta revisão de escopo, a iniciar com a prevenção de quedas:

**Quadro 3:** Estratégias de busca utilizadas sobre a prevenção de quedas na base de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas.

<b>Base de Dados</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Nº de Referências</b>
WOS	<i>(accidental falls) AND (health education) AND (patient safety)</i>	104
WOS	<i>(accidental falls) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	176
PubMed	<i>(accidental falls) AND (health education) AND (patient safety)</i>	168
PubMed	<i>(accidental falls) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	71
CINAHL	<i>(accidental falls) AND (health education) AND (patient safety)</i>	24
CINAHL	<i>(accidental falls) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	115
LILACS	<i>(accidental falls) AND (health education) AND (patient safety)</i>	4
LILACS	<i>(accidental falls) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	5
Total de referências		667

**Fonte:** elaborado pelo autor.

O quadro 4, contempla as estratégias de busca e as suas referências para o tema identificação do paciente:

**Quadro 4:** Estratégias de busca utilizadas sobre a identificação do paciente nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas.

<b>Base de Dados</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Nº de Referências</b>
WOS	<i>(patient identification systems) AND (health education) AND (patient safety)</i>	64
WOS	<i>(patient identification systems) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	125
PubMed	<i>(patient identification systems) AND (health education) AND (patient safety)</i>	109
PubMed	<i>(patient identification systems) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	11

CINAHL	<i>(patient identification systems) AND (health education) AND (patient safety)</i>	2
CINAHL	<i>(patient identification systems) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	6
LILACS	<i>(patient identification systems) AND (health education) AND (patient safety)</i>	2
LILACS	<i>(patient identification systems) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	2
Total de referências		321

**Fonte:** elaborado pelo autor.

O quadro 5, refere-se às estratégias de busca e as suas referências para o tema segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos:

**Quadro 5:** Estratégias de busca utilizadas sobre a segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas.

<b>Base de Dados</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Nº de Referências</b>
WOS	<i>(medication erros) AND (health education) AND (patient safety)</i>	228
WOS	<i>(medication erros) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	452
PubMed	<i>(medication erros) AND (health education) AND (patient safety)</i>	655
PubMed	<i>(medication erros) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	194
CINAHL	<i>(medication erros) AND (health education) AND (patient safety)</i>	60
CINAHL	<i>(medication erros) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	112
LILACS	<i>(medication erros) AND (health education) AND (patient safety)</i>	12
LILACS	<i>(medication erros) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	20
Total de referências		1733

**Fonte:** elaborado pelo autor.

E finalmente, o quadro 6 apresenta as estratégias de busca e as suas referências quanto à prática de higiene das mãos.

**Quadro 6:** Estratégias de busca utilizadas sobre a prática de higiene das mãos nas bases de dados WOS, PubMed, CINAHL e LILACS e número de referências obtidas.

<b>Base de Dados</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Nº de Referências</b>
WOS	<i>(hand hygiene) AND (health education) AND (patient safety)</i>	100
WOS	<i>(hand hygiene) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	137
PubMed	<i>(hand hygiene) AND (health education) AND (patient safety)</i>	132
PubMed	<i>(hand hygiene) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	12
CINAHL	<i>(hand hygiene) AND (health education) AND (patient safety)</i>	42
CINAHL	<i>(hand hygiene) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	40
LILACS	<i>(hand hygiene) AND (health education) AND (patient safety)</i>	24
LILACS	<i>(hand hygiene) AND (patient education) AND (patient safety)</i>	29
Total de referências		516

**Fonte:** elaborado pelo autor.

Os artigos encontrados, de acordo com os referidos descritores, foram inicialmente analisados quanto ao título e resumo por um pesquisador. Para organizar os achados, um instrumento para extração dos dados foi criado no Microsoft Excel, de acordo com o cruzamento e a base de dados, com a inserção do número, título e categorizados em selecionado ou descartado. As duplicatas foram excluídas com recurso próprio do Microsoft Excel. Posteriormente, o segundo pesquisador procedeu à revisão dos estudos quanto à inclusão ou exclusão. No caso de dúvidas era feita leitura do estudo na íntegra.

Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra e inseridas as demais informações no instrumento do Microsoft Excel: autor, ano de publicação, país de origem, objetivos, população e amostra, métodos, tipo e duração da intervenção (quando houvesse) e por último, uma breve descrição dos principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

## **5.2.2 Desenvolvimento de Materiais Educativos para Pacientes**

A criação de materiais educativos auxilia o pesquisador, equipe de

profissionais, pacientes e familiares, na busca de uma assistência de qualidade. Para isso, sugere-se o seguimento de um processo, com rigor científico, tornando-o mais confiável (ECHER, 2005).

Aspectos como a linguagem, ilustrações e layout precisam ser valorizados na construção do material educativo, favorecendo a compreensão dos conceitos e ideias que se quer transmitir. Assim, são minimizados os fatores que interferem no processo de comunicação, motivando e melhorando o acesso do leitor ao material proposto (MOREIRA, NÓBREGA e SILVA, 2003).

Freitas e Rezende Filho (2011, p. 252) referem que “a linguagem dos impressos é tratada, geralmente, como mero instrumento de “tradução” entre o científico e o popular”. Além disso, os autores destacam a falta de trabalhos que desenvolvam metodologicamente seus materiais educativos, valorizando apenas manuais técnicos e as experiências dos profissionais.

Assim, considerando os pressupostos do letramento em saúde, para melhor direcionamento das atividades educativas, utilizou-se os princípios da Rede MaineHealth e o instrumento SAM (*Suitability Assessment of Materials, em tradução livre, avaliação da adequação de materiais*) para a construção e avaliação do material educativo (DEATRICK, AALBERG e CAWLEY, 2010; SMITH, 2008).

Ambos possuem um método de avaliação da adequação do material educativo a uma determinada população (DEATRICK, AALBERG e CAWLEY, 2010; SMITH, 2008). A Rede MaineHealth presta serviços integrados dos Estados Unidos e possui um programa de treinamento voltado para a educação em saúde de seus clientes, colaborando na comunicação efetiva com pacientes e familiares (MAINEHEALTH, c2020). E o SAM foi desenvolvido em 1993 por Leonard e Cecilia Doak e Jane Root, considerados especialistas na área de educação para adultos, fornecendo um método sistematizado para avaliar quão apropriadas são as informações à população (SMITH, 2008), traduzido e adaptado para o Brasil por Sousa, Turrini e Poveda (2015).

O quadro abaixo descreve as recomendações da Rede MaineHealth e SAM quanto ao planejamento, conteúdo, estrutura, organização, estilo da escrita, design e adaptação cultural (DEATRICK, AALBERG e CAWLEY, 2010; SMITH, 2008):

**Quadro 7:** Instruções para construção de material educativo da Rede MaineHealth e SAM.

Tópicos	Instruções
<b>Planejamento/ Conteúdo</b>	<p style="text-align: center;"><b>MaineHealth</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar o objetivo que se pretende alcançar (deve-se descrever as ações e comportamentos almejados com o material educativo e registrar o conhecimento que os pacientes precisam ter para alcançar o esperado);</li> <li>- Identificar e contatar possíveis colaboradores para o desenvolvimento do material educativo (especialistas, usuários de saúde);</li> <li>- Explorar e analisar o público-alvo;</li> <li>- Assegurar o ineditismo do material educativo;</li> <li>- Planejar as formas de distribuição do material educativo (impressão, projeção);</li> <li>- Desenvolver um cronograma para o projeto.</li> </ul>
<b>Estrutura/ Conteúdo/ Organização</b>	<p style="text-align: center;"><b>SAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deixar claro os objetivos do material educativo para os leitores;</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>MaineHealth</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar informações atualizadas e baseadas em evidências;</li> <li>- Limitar-se quanto ao conteúdo que será apresentado (caso seja extenso, importante agrupar em sessões);</li> <li>- Empregar parágrafos curtos e com ênfase em uma mesma temática;</li> <li>- Saber que adultos tendem a lembrar-se apenas de 3 a 5 pontos principais do material educativo;</li> <li>- Importante ser objetivo e apresentar as informações mais importantes primeiro;</li> <li>- Usar modelo de material centrado no paciente, de forma que fiquem claros o problema e a solução para o mesmo;</li> <li>- Pode-se optar por utilizar no início de cada sessão, frases de ação ou perguntas direcionados ao que o paciente pode fazer, como exemplo: Eu posso cair do leito?</li> <li>- Compreender necessidades do público-alvo, conhecimentos prévios e interesses;</li> <li>- Observar a entonação da mensagem emitida para o público;</li> <li>- Repetir os elementos principais do material educativo de forma simples e interativa com a utilização por exemplo de imagens reforçadas por mensagens.</li> <li>- Facilitar a localização de informações de contatos, quando houver.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>SAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumir os pontos principais do material através de exemplos, outras palavras, imagens;</li> <li>- Antes de abordar uma nova informação, deve-se fornecer um contexto ao leitor;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subitens não devem exceder 5 por diminuir a capacidade de compreensão;</li> <li>- Temais mais complexos devem ser subdivididos, melhorando a compreensão e conseqüentemente a autoeficácia.</li> <li>- Os cabeçalhos ou novos tópicos devem indicar o conteúdo que será abordado;</li> <li>- É interessante o uso de perguntas ou problemas que suscitem o interesse do leitor;</li> <li>- A seqüência de informações deve ser coesa, a fim de favorecer a compreensão;</li> <li>- Ordenar numericamente as páginas;</li> </ul>
<b>Estilo</b> <b>Escrita</b>	<p style="text-align: center;"><b>MaineHealth</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar frases curtas, objetivas, com em médias 15 palavras, evitando termos técnicos;</li> <li>- Cada parágrafo deve ter de 3 a 5 frases, delimitados à um tema;</li> <li>- Dar ênfase em verbos e substantivos, de forma a minimizar o uso de adjetivos e advérbios;</li> <li>- Indicar os comportamentos esperados objetivamente, utilizando voz ativa;</li> <li>- Utilizar pronome pessoal quando apropriado, para tornar o material mais interativo e próximo do cliente;</li> <li>- Sempre usar títulos antes de iniciar as sessões;</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>SAM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tópicos devem se concentrar nos comportamentos e ações esperadas;</li> <li>- Utilizar palavras que sejam comuns e não termos técnicos e julgamentos de valor;</li> <li>- Optar por utilizar a voz ativa, ao invés da passiva;</li> </ul>
<b>Design</b>	<p style="text-align: center;"><b>MaineHealth</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empregar design simples e funcional, de forma a facilitar a compreensão na primeira leitura;</li> <li>- Evitar a utilização de títulos e frases todas em minúsculas ou maiúsculas, fontes diferentes, em itálico, estilizadas ou não formatadas;</li> <li>- O tamanho apropriado para a fonte é de 11 a 14 pontos; para dar destaque usar cores, negrito, setas ou outros;</li> <li>- Utilizar espaços em branco são estratégias para facilitar a leitura (não dispensá-los em favor do texto);</li> <li>- Justificar o texto a esquerda ou direita; nas imagens, contorná-las com o texto;</li> <li>- Comprimento da linha (horizontal): o ideal é de 9 a 15 cm. Escritas mais curtas e mais longas reduzem a velocidade de leitura e a compreensão;</li> <li>- Evitar a divisão de palavras entre linhas;</li> <li>- Para a impressão, é recomendado papel claro e escrita escura; o contrário pode ser utilizado em títulos;</li> </ul>

**Adaptação  
Cultural**

- As imagens devem ser coloridas e utilizadas para compor o texto, não meramente decorativas (um recurso interessante é utilizar legendas para as imagens); as mesmas também não devem ser sobrepostas, ou o texto sobrepô-las;
- As imagens devem refletir a inclusão cultural;
- Dar mais visibilidade e atenção à mensagem ou capa inicial, de forma a atrair a atenção do público-alvo.

**SAM**

- A capa deve demonstrar a finalidade do material e atrair a atenção.
- Utilizar desenhos simples, mais conhecidos e relacionados ao texto para serem mais facilmente entendidos;
- Os desenhos também podem apresentar as ideias –chave, sem distrações;
- Caso sejam utilizados gráficos ou tabelas, deve-se dar explicações sobre o mesmo para facilitar a compreensão;
- Utilizar todas as palavras em maiúsculo ou tamanhos e fontes diferentes, dificultam a compreensão;
- O tamanho mínimo da fonte é 12 pontos;
- Destacar alguns aspectos em negrito, com cores e tamanhos diferentes, sinalizações, atentando-se para não confundir o leitor;
- O comprimento da linha não deve exceder 30 à 50 caracteres;
- Utilizar papel com pouco brilho ou sem brilho;

**MaineHealth**

- Este tópico diz respeito à compreensão e respeito à diversidade cultural dos usuários de saúde, construindo um material que utilize linguagem simples e adequada ao entendimento da população;
- Lembrar que grande parte da população tem um nível básico de escolaridade, por isso a necessidade de planejar material educativo que incorpore as necessidades dos pacientes;
- Utilizar linguagem respeitosa, por exemplo, chamá-los de pacientes com diabetes, não diabéticos;
- Lembrar-se dos pacientes com deficiência visual e funcional e das recomendações de fonte e design.

**SAM**

- Os conceitos centrais do material devem adequar-se à linguagem e cultura dos leitores;
- As instruções devem ser realísticas e positivas, valorizando os aspectos culturais dos leitores.

**Fonte:** Deatrck, Aalberg e Cawley, 2010; Smith, 2008.

A Rede MaineHealth também fornece instruções adicionais como a avaliação de conteúdo por meio de especialistas e a revisão do material quanto à aparência (DEATRICK, AALBERG e CAWLEY, 2010).



Com a finalização do seguimento das recomendações, o material foi conferido por meio da Lista de verificação para desenvolver e avaliar materiais de educação do paciente, conforme recomendação de Maine Health e SAM (DEATRICK, AALBERG e CAWLEY, 2010; SMITH, 2008; SOUSA, TURRINI e POVEDA 2015). A primeira versão do livreto foi desenvolvida com auxílio de designer gráfico, que elaborou a arte, por meio da confecção de figuras e formatação, configuração e diagramação das páginas.

### **5.2.3 Validação do Material Educativo sobre Segurança do Paciente**

O material educativo sobre a segurança do paciente foi submetido à análise das evidências de validade de conteúdo (Apêndice 4), com o objetivo de garantir a representação do construto de interesse, especificamente quanto à: ilustrações, layout, design, visibilidade, cores, comprimento da linha, fonte, tamanho das letras, linguagem, legibilidade e escrita. Entende-se que após a validação, o material educativo pode ser considerado confiável (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Inicialmente é preciso que sejam definidos os conceitos e as devidas dimensões, para assim formular-se o conteúdo descritivo do material educativo (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001), ou seja, os itens que foram contemplados a partir da revisão de escopo sobre a segurança do paciente.

O processo de validação de conteúdo refere-se à avaliação da aparência do instrumento ou material que se quer avaliar e a compreender se o conteúdo do instrumento ou material são representativos, considerando o objetivo do pesquisador com a ferramenta (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Para isso, houve submissão à avaliação de peritos considerados especialistas nesta temática, solicitando que indicassem a concordância ou discordância com cada item empregando uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro pontos, que variavam de não relevante a muito relevante (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Assim, foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), que indica a porcentagem da concordância dos peritos com a ferramenta proposta (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). A pontuação pode ser obtida somando a concordância dos itens 3 e 4 dos peritos, sendo os itens 1 e 2, analisados para serem revistos ou excluídos. A fórmula para o cálculo do IVC foi assim constituída (ALEXANDRE e COLUCI, 2011):

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

A recomendação para a validação de conteúdo estipula uma concordância mínima entre os peritos para novos instrumentos ou ferramentas de 0,80 ou mais (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001; ALEXANDRE e COLUCI, 2011). Caso a recomendação não fosse atingida, haveria replanejamento e reformulação do material proposto.

Participaram desta etapa de validação de conteúdo, 5 especialistas da área de estudo da pesquisa, número ímpar, para evitar empate nas opiniões (VIANNA, 1982), que foram previamente informados em relação aos objetivos do estudo. Todas as alterações sugeridas foram analisadas e consideradas para o aperfeiçoamento do material educativo sobre a segurança do paciente.

#### **5.2.4 Participantes da Avaliação do Material Educativo**

Os participantes desta etapa foram 5 peritos, considerados especialistas na área de estudo da pesquisa (8 peritos foram contatados e 3 deles não tinham disponibilidade para participar). A identificação dos peritos foi feita por busca na Plataforma Lattes e profissionais do universo relacional dos pesquisadores. A coleta dos dados ocorreu em 2021, entre os meses de Janeiro e Maio.

Foram elegíveis profissionais de saúde, com experiência de no mínimo 2 anos em (ao menos 1 dos critérios abaixo):

- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Qualidade em Saúde;
- Educação Continuada/Permanente;
- Clínica hospitalar;
- Docência ou;
- Pesquisa em segurança do paciente ou educação em saúde.

Foram excluídos profissionais de saúde apenas licenciados ou bacharéis.

### 5.3 TESTAGEM DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

#### 5.3.1 Contexto da Pesquisa

O presente estudo foi realizado em 2 hospitais, nas unidades de clínica médica e cirúrgica, sendo o primeiro um hospital público universitário e o segundo, instituição privada sem fins lucrativos.

O Hospital Universitário Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci, da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), está localizado na cidade de São Carlos, foi inaugurado em novembro de 2007, atuando de forma integrada à rede assistencial de saúde, com o propósito de estimular o desenvolvimento do conhecimento por meio da pesquisa (EBSERH, 2014), o hospital apresenta 100% dos leitos SUS e políticas institucionais voltadas para a promoção da segurança do paciente.

É composto por 2 unidades de urgência e emergência, sendo 1 destinada à adultos e 1 infantil, ambas com porta regulada; 1 unidade de clínica médica, com 32 leitos; 1 unidade de saúde mental, com 8 leitos; 1 unidade de pediatria, com 12 leitos e 2 leitos de isolamento, 1 unidade de UTI adulto (atendimento de síndrome respiratória aguda grave – covid-19), o que totaliza 77 leitos na instituição. Realiza também atendimentos em ambulatórios de especialidades (CNES NET, 2020).

A unidade internação de clínica médica foi o cenário do presente estudo, contando no início da coleta de dados com 14 leitos hospitalares (ocorreram mudanças no número de leitos pela situação pandêmica por SARS-CoV-2); após 2 meses de coleta de dados, foram acrescentados 3 leitos, totalizando 17.

A Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição tem como meta tornar o hospital o principal cenário de práticas dos cursos da área da saúde vinculados, ampliando o campo para ensino, aprendizagem, pesquisa e geração do conhecimento (EBSERH [2016?]).

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara é uma instituição privada sem fins lucrativos, que foi inaugurada no ano de 1902. Localizada na Região Central do Estado de São Paulo, no município de Araraquara, 90% dos seus atendimentos compreendem ao SUS (SANTA CASA [2021?]).

É composta por leitos hospitalares clínicos (60 leitos, sendo 40 destinados ao SUS), cirúrgicos (84 leitos, sendo 62 destinados ao SUS), pediátrico (12 leitos totalmente destinados ao SUS) e de tratamento intensivo (15 leitos, sendo 14 destinados ao SUS). Ademais, possui 10 leitos de unidade de terapia intensiva para o tratamento da síndrome respiratória aguda grave – COVID-19 (CNES NET, 2021).

No presente estudo, 2 unidades de internação com leitos clínicos do SUS foram contempladas, contando com 22 leitos hospitalares cada. Uma terceira unidade de internação com leitos clínicos e cirúrgicos do SUS foi contemplada, dispondo também de 22 leitos. A totalidade de leitos SUS clínicos e cirúrgicos foi de 66 leitos.

É considerada referência para o atendimento de 24 municípios da região central do Estado de São Paulo, das seguintes especialidades: Urgência e alta complexidade em Oncologia, Cirurgia Cardíaca e Cardiologia Intervencionista, Cirurgia vascular e Endovascular, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Bucomaxilo, Transplante de Córnea/Esclera, Busca ativa de órgãos, Banco de tecidos oculares humanos. Contempla atualmente 174 leitos (SANTA CASA [2021?]).

### **5.3.2 Participantes da Pesquisa**

A população de interesse foi composta por pacientes internados na enfermaria de clínica médica no HU-UFSCar e enfermaria de clínica médica e cirúrgica da Santa Casa de Araraquara. A amostra foi recrutada nas instituições descritas no item 5.3.1. Os pacientes potencialmente elegíveis tiveram primeiramente o prontuário analisado pelo entrevistador, considerando como critérios de inclusão:

- Ter idade acima de 18 anos;
- Ambos os sexos;
- Ter condições clínicas de responder aos questionamentos e participar da intervenção educativa (deveria constar no prontuário dos pacientes registros médicos e de enfermagem que os pacientes se encontravam conscientes, orientados, comunicando-se sem dificuldade. As condições clínicas foram questionadas pelo entrevistador ao enfermeiro ou médico responsável, que deviam confirmar se os pacientes não se apresentavam em estado grave ou instáveis clinicamente);

Foram critérios de exclusão:

- Pacientes com incapacidade de compreensão das questões dos instrumentos no momento da entrevista ou instabilidade clínica.

Foram consideradas perdas de seguimento:

- Participantes ausentes do momento 2 (reaplicação dos instrumentos da pesquisa), até 96 horas após a intervenção educativa.
- Óbito ou agravamento do caso clínico do paciente.
- Em caso de alta hospitalar, os pacientes foram contatados por telefone e após três tentativas sem sucesso, em diferentes horários do dia, foram desligados da pesquisa.

### **5.3.3 Cálculo Amostral**

O cálculo amostral foi baseado nos resultados de estudos que abordam a diferença nos grupos tratamento e controle com relação ao processo de intervenção educativa do paciente (DODT *et al.*, 2015; GUEVARA *et al.*, 2019). Esses estudos indicam um tamanho de efeito de 0,5. Considerou-se um poder de teste de 80%, intervalo de confiança de 95% e uma perda de 20%.

Com esses parâmetros a amostra calculada foi de 130 pacientes (65 em cada grupo) sugerindo-se a coleta inicial de 78 em cada grupo, sendo preferencialmente 90% da amostra na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara e 10% no HU-UFSCar.

As amostras foram ajustadas pelo tamanho da população disponível para o estudo e o software utilizado para o cálculo foi o Gpower 3.2.

### **5.3.4 Alocação dos Participantes**

A alocação dos participantes ocorreu entre os meses de Maio e Setembro de 2021 e considerou os critérios de inclusão pré-determinados, atribuindo-os primeiramente ao GC e após o término da coleta do GC, houve atribuição ao GI, a fim de evitar que os grupos fossem afetados pelas características uns dos outros (MANCUSO *et al.*, 2013).

Desta forma, os grupos não foram simultâneos; o que pode minimizar vieses como a comunicação entre os pacientes dos diferentes grupos, pois estão em uma mesma instituição, além da possibilidade de mudança de comportamento dos profissionais que atuam no hospital (por exemplo, a adoção de novas orientações suscitadas pela observação do presente estudo).

### **5.3.5 Cegamento**

O estudo caracteriza-se como cego, pois o entrevistador foi cegado durante o processo de coleta de dados. Não houve cegamento dos participantes da pesquisa e do intervencionista, pois não há como ocultar a intervenção educativa.

O entrevistador, responsável pela entrevista inicial, aplicação e reaplicação dos instrumentos aos participantes da pesquisa (GC e GI) não teve qualquer informação sobre a atribuição dos participantes aos 2 grupos. Contudo, há de se mencionar a hipótese de ocorrer viés do entrevistador, já que o próprio participante da pesquisa, pode comunicar que é do GC ou GI no momento da reaplicação dos instrumentos.

O pesquisador intervencionista e o avaliador foram diferentes, de forma a garantir a imparcialidade na aplicação dos instrumentos e desenvolvimento da intervenção educativa.

### **5.3.6 Variáveis e Instrumentos do Estudo**

As variáveis em estudo originaram-se dos objetivos e hipóteses elencadas para esta pesquisa, bem como de revisão da literatura, e consistem em:

- Variáveis de desfecho (dependente): autocuidado e autoeficácia;

Os instrumentos utilizados foram:

- Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos;
- Escala Autoeficácia Geral Percebida (EAGP);
- Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC);

Os dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice 5) requeridos, compreenderam informações relativas aos participantes da pesquisa, tais como: idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda salarial média, antecedentes pessoais de doenças crônicas e pessoas do convívio.

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (Anexo 1) correspondeu a avaliação da capacidade/crença de um indivíduo em acreditar em sua própria capacidade de enfrentar as dificuldades diárias, novas ou obstáculos; a primeira versão da escala foi desenvolvida no idioma alemão por Schwarzer e Jerusalem e publicada em 1992 (SCHWARZER e JERUSALÉM, 1995). Segundo Bandura (1994), as crenças de autoeficácia são determinantes no comportamento e quanto maior, melhores serão suas capacidades de enfrentamento de problemas ou tarefas difíceis.

No Brasil, inicialmente, a Escala de Autoeficácia Geral Percebida foi adaptada nas versões inglesa, espanhola e portuguesa; validada por Souza e Souza (2004). Apresentou consistência interna através do Alpha de Cronbach, de 0.81, mostrando a adequação da escala na versão brasileira. Mais recentemente, Sbicigo *et al.* (2012) analisaram as propriedades psicométricas da EAGP com 1007 estudantes de 12 a 18 anos. Os resultados apontaram que é um instrumento unidimensional, com alta confiabilidade (Alpha de Cronbach, de 0.85) e fidedignidade (SBICIGO *et al.*, 2012).

A última versão está disponível no *website* oficial da escala em diversos idiomas, sendo apresentada por Gomes-Valério (2016). É composta por 10 itens, numa escala Likert de 1 a 4 pontos, atribuindo-se sempre a maior pontuação a melhor percepção de autoeficácia.

Para avaliar as capacidades de autocuidado (Anexo 2), foi utilizada a EACAC (ASA-A), que apresenta 24 itens que avaliam as capacidades de autocuidado, traduzida, adaptada transculturalmente para o Brasil e validada por Da Silva e Domingues (2017). *Appraisal of Self-Care Agency's ASA Scale* foi desenvolvida inicialmente por Evers *et al.* (1986) e traduzida e validada para a população holandesa por Evers *et al.* (1993).

O desempenho psicométrico da escala demonstra confiabilidade alta, com Alfa de Cronbach de 0,8493, bem como boa estabilidade ou teste-reteste, com concordância entre as respostas ( $r = 0,873$ ;  $p = 0,035$ ). A validade discriminante ( $p=0,116$ ) também teve bom desempenho (DA SILVA e DOMINGUES, 2017).

Este instrumento utiliza-se de escala Likert que varia de 1 a 5 pontos, com as seguintes opções de respostas: discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente, respectivamente (DA SILVA e DOMINGUES, 2017).

As respostas somam de 24 a 120 pontos, sendo que para sua interpretação, atribui-se o mais alto escore a melhores capacidades de autocuidado; sendo classificada como ótima (105 a 120 pontos), muito boa (89 a 104 pontos), boa (73 a 88 pontos), regular (57 a 72 pontos), ruim (41 a 56 pontos) e péssima (24 a 40 pontos) (DA SILVA e DOMINGUES, 2017).

Previamente a coleta de dados, houve treinamento do entrevistador, com encontros presenciais para a padronização da abordagem aos participantes quanto ao uso dos instrumentos.

### **5.3.7 Procedimento de Coleta de Dados**

O procedimento de coleta de dados ocorreu no período diurno nas unidades de clínica médica e cirúrgica, das instituições hospitalares e teve início por intermédio da identificação dos pacientes que estavam internados pelos entrevistadores, considerando os critérios de inclusão, a leitura do prontuário e a comunicação com a equipe de enfermagem e médica.

Os entrevistadores foram: um profissional graduado em enfermagem e outro estudante do último ano de graduação em enfermagem; ambos previamente treinados e monitorados pelo pesquisador principal. Todas as informações foram repassadas diariamente a fim de corrigir quaisquer eventualidades.

Os intervencionistas foram também dois profissionais, sendo eles: o pesquisador principal e um profissional graduado em enfermagem, igualmente treinado e acompanhado pelo pesquisador principal.

Os entrevistadores entraram em contato com os enfermeiros da instituição para avaliar a listagem de pacientes internados em cada dia, com observância da idade, data de internação e condições clínicas.

Após a pré-seleção dos participantes, realizou-se o primeiro encontro com os pacientes elegíveis, momento em que o entrevistador fez uma apresentação pessoal



e avaliou se o paciente apresentava boa capacidade de compreensão das questões dos instrumentos e da intervenção educativa.

Com a confirmação dos critérios de inclusão no estudo, o entrevistador fez o convite de participação na pesquisa ao paciente, bem como explicou a proposta e objetivos da pesquisa, mediante a leitura do TCLE.

Para melhor elucidação, as etapas da coleta de dados estão especificadas a seguir:

- **Momento<sub>0</sub> (M<sub>0</sub>):** Primeiro encontro, a partir da data de admissão até 96 horas após; com a concordância do paciente em participar da pesquisa e assinatura do TCLE. Foram aplicados os instrumentos: questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos, EAGP e EACAC, à beira leito. Os pacientes do GC e GI foram submetidos ao exposto acima.

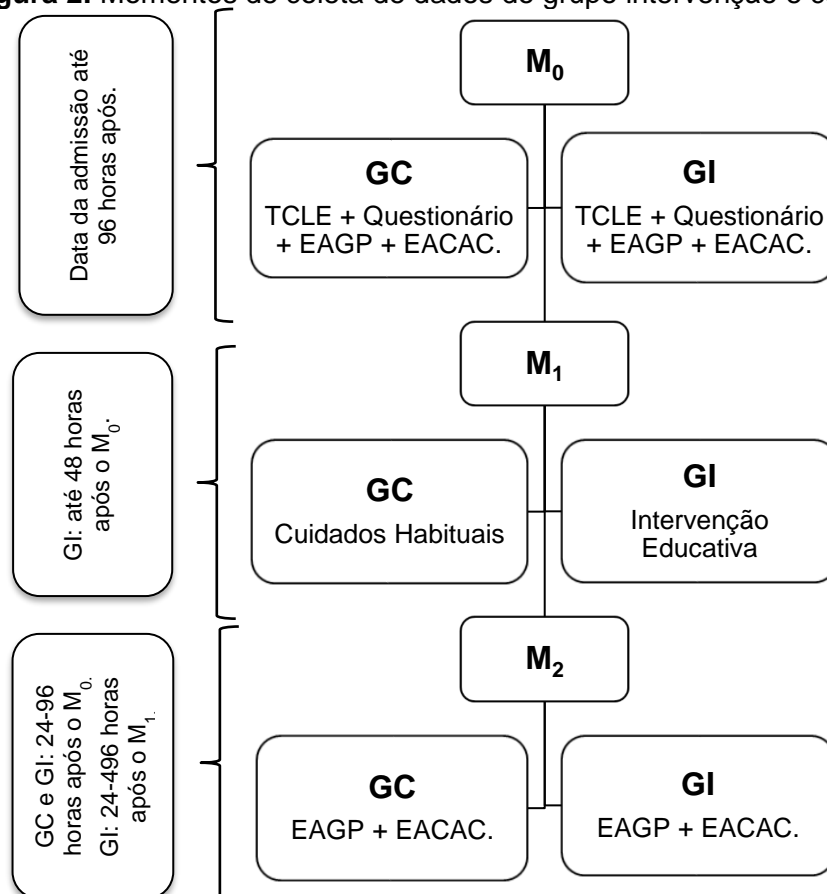
- **Momento<sub>1</sub> (M<sub>1</sub>):** Para o GI, a intervenção educativa foi realizada pelo intervencionista em até 48 horas após o Momento<sub>0</sub>, considerando a preferência do paciente. O grupo controle recebeu os cuidados habituais do serviço de saúde.

- **Momento<sub>2</sub> (M<sub>2</sub>):** Para o GI, ocorreu a reaplicação dos instrumentos, EAGP e EACAC, realizado pelo entrevistador, de 24 a 96 horas após a intervenção educativa. O grupo controle também foi reavaliado de 24 a 96 horas após o Momento<sub>0</sub>.

Os momentos de coleta de dados foram definidos considerando o tempo médio de internação dos pacientes nas referidas unidades de internação, bem como a intenção de coletar os dados dentro do prazo estipulado para a permanência hospitalar.

A figura 2, expõe os momentos de coleta de dados dos grupos intervenção e controle:

**Figura 2:** Momentos de coleta de dados do grupo intervenção e controle.



Fonte: elaborado pelo autor.

### 5.3.8 Intervenção Educativa

A intervenção educativa foi conduzida apenas pelo intervencionista, com abordagem e orientação aos pacientes do GI, individualmente no âmbito hospitalar. Para isso, o método dialógico constituiu as diretrizes de interação com o paciente, de forma horizontalizada, estimulando a criticidade e a capacidade de pensar dos envolvidos e conseqüentemente a incorporação do novo conhecimento (FREIRE, 1967).

A intervenção fundamentou-se no livreto construído (Apêndice 6), com a leitura dialogada sobre cada item do material, incentivo a perguntas e esclarecimento de dúvidas.

Ceccim (2007), em um texto que traz citações de Paulo Freire, refere que não há um método específico, um modelo a ser seguido para que a educação seja dialógica, mas deve haver a disposição do profissional para ouvir e não apenas ser ouvido. Ademais, estes têm a responsabilidade de contribuir para que os usuários dos

serviços de saúde conheçam e lutem pelos seus direitos, usando o conhecimento técnico para que o paciente possa construir a sua autonomia.

Com base no exposto, a intervenção educativa foi composta por:

- Apresentação pessoal do intervencionista que conduziu este momento individualmente, com esclarecimento sobre a finalidade do encontro;
- Consentimento do paciente em participar da intervenção naquele momento ou agendamento com paciente em horário oportuno a ele (respeitando o período de até 48 horas após o Mo);
- Explicação sobre a prévia da duração da intervenção: 30 minutos;
- Entrega do livreto ao paciente;
- Explicação ao paciente de como ocorreria a intervenção educativa e que a qualquer momento poderia interromper caso precisasse ou tivesse questionamentos a serem feitos;
- Leitura e explicação de cada página do material educativo em voz alta, junto ao paciente e ao final o questionamento: Você entendeu o que lemos? Tem alguma dúvida que gostaria de esclarecer?
- Os 4 tópicos do material educativo: higiene das mãos, prevenção de quedas, identificação correta e segurança medicamentosa, foram tratados igualmente: leitura e questionamentos ao final de cada página, com posteriores esclarecimentos;
- No caso de compreensões errôneas sobre algum aspecto do conteúdo do livreto ou questionamentos que surgissem ao longo da intervenção educativa, estas eram esclarecidas com base no material proposto e elucidação em novas palavras para que facilitasse a compreensão do paciente quando necessário;
- Finalização da intervenção, com o questionamento: Restaram dúvidas que gostaria de esclarecer? Com a afirmativa, elas eram sanadas e com a negativa a intervencionista agradecia a participação do paciente e se colocava à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

### **5.3.9 Cuidados Habituais Oferecidos pela Instituição**

O grupo controle dispôs de assistência e cuidados habituais do HU-UFSCar e Santa Casa de Araraquara, e não foi contemplado com a intervenção educativa.

Os cuidados oferecidos no HU-UFSCar compreendem a abordagem de equipe multiprofissional, orientados por protocolos de segurança do paciente implementados, tais como: prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão, segurança no processo de medicação, higienização das mãos, identificação correta e cirurgia segura.

Conjuntamente, para assegurar a troca de informações entre os profissionais e pacientes, há um quadro à beira leito individual em que constam dados sobre a terapêutica utilizada, medida que favorece a coparticipação do paciente em seu cuidado.

A Santa Casa de Araraquara possui protocolos de segurança do paciente implementados que atendem à legislação sobre segurança do paciente: comunicação efetiva, uso de medicamentos, vida profissional/força de trabalho, prevenção de infecção e avaliação de risco. Além disso, também se observa quadro à beira leito com as informações referente ao risco de queda do paciente e a sua correta identificação.

Ao término da pesquisa, a fim de garantir o compromisso, ética e respeito aos participantes do grupo controle, foi disponibilizado o livreto educativo sobre segurança do paciente em formato digital (estes foram contactados por telefone e com o interesse confirmado, tiveram a opção de receber o material por e-mail ou aplicativo de mensagens), a fim de proporcionar as mesmas informações a todos.

#### 5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foi executada uma análise descritiva para que se tenha conhecimento dos aspectos sociodemográficos dos pacientes. A estatística descritiva refere-se à organização, resumo e descrição dos dados numéricos de acordo os dados coletados, sintetizando os resultados através de tabelas de frequência, média, mediana, desvio padrão e posterior apresentação em gráficos e tabelas (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Os dois instrumentos de coleta de dados, EAGP e EACAC, foram submetidos ao teste de confiabilidade do instrumento. A confiabilidade dos instrumentos é medida pelo Alpha de Cronbach. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário e apresenta uma correlação média entre todas as perguntas realizadas. O coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos

itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário desde que todos os itens tenham a mesma escala de medição (HAIR *et al.*, 2008). O resultado é um número entre 0 e 1, onde quanto mais próximo de 1, maior é a confiabilidade do instrumento. O critério de aceitação é o mínimo de 70%, equivalente ou maior que 0,70 (TERWEE *et al.*, 2007).

As duas variáveis de desfecho, autocuidado e autoeficácia, passaram por um teste de normalidade para identificar se as ferramentas de análise a serem utilizadas eram paramétricas (normais) ou não paramétricas (não normais) (TRIOLA, 2011). O teste de normalidade dos dados é utilizado para determinar qual tipo de teste estatístico deverá ser realizado. O referido teste fornece um valor de p. Quando este valor é superior à 0,05, existe a indicação de normalidade e quando este valor é igual ou inferior à 0,05 a normalidade é inviolada. A não realização do teste de normalidade pode levar ao uso errôneo e a probabilidade de resultados equivocados é alta (TRIOLA, 2011). No caso desse estudo, todas as variáveis possuem distribuição não normal.

De posse dessa informação, foi realizado um teste para comparar os resultados de M<sub>2</sub> (momento de reavaliação dos instrumentos de avaliação) do grupo controle e intervenção a fim de confirmar ou não a hipótese, se o GI de fato teve melhor desempenho que o GC (TRIOLA, 2011).

Quando as variáveis a serem comparadas são do tipo qualitativas (não numéricas), os GC e GI são analisados a partir do teste Qui-quadrado. Caso o valor de p seja superior a 0,05, a indicação é que não existe nenhuma associação entre os dois grupos, ou seja, a variável qualitativa avaliada se distribui igualmente nos dois grupos. Quando o valor p for inferior a 0,05, os grupos têm composições diferentes. Essa análise deve ser aplicada não apenas nas variáveis sociodemográficas como também nos dados clínicos dos participantes.

Realizou-se também a comparação de autocuidado e autoeficácia no tempo 2 no grupo intervenção e no grupo controle por variáveis sociodemográficas e clínicas. Para variáveis com duas classes, sexo por exemplo, aplicou-se o teste de Mann Whitney enquanto para variáveis com mais de duas classes, faixa etária por exemplo, foi aplicado o teste de Kruskal Wallis com pós-teste de Bonferroni. O princípio de ambos os testes é o mesmo: se valor p for superior a 0,05, não existe diferença entre os grupos em relação a autocuidado e autoeficácia. Caso o valor seja inferior a 0,05, pelo menos um dos grupos se comporta diferente dos demais (no caso de 3 ou mais

grupos) ou simplesmente os grupos são diferentes (no caso de 2 grupos) (HAIR *et al.*, 2008).

Para a avaliação dos GC e GI antes e após a intervenção educativa, foram utilizados os Modelos Lineares Generalizados, pois permitem a comparação de dois grupos em dois tempos diferentes (HAIR *et al.*, 2008). Por esse modelo primeiramente avalia-se a existência de alguma interação entre grupo e tempo, ou seja, considerando 2 grupos e 2 tempos investigados para cada grupo, tem-se então 4 perfis que serão comparados com relação a autocuidado e autoeficácia: grupo controle na primeira avaliação, grupo controle na segunda avaliação, grupo intervenção na primeira avaliação e grupo intervenção na segunda avaliação. Caso o valor p dessa análise da interação seja superior a 0,05, não existe diferença quando se avaliam esses perfis. Se o valor p for inferior a 0,05, pelo menos um dos grupos se comporta diferente dos demais.

Se a interação não for confirmada ( $p > 0,05$ ) ainda é possível avaliar se existe um efeito de grupo (independente do tempo) ou algum efeito de tempo (independente de grupo). Nesses casos, o processo de decisão também depende do valor p. Se o mesmo for inferior a 0,05, existe diferença (entre os grupos ou entre os tempos).

## 6 RESULTADOS

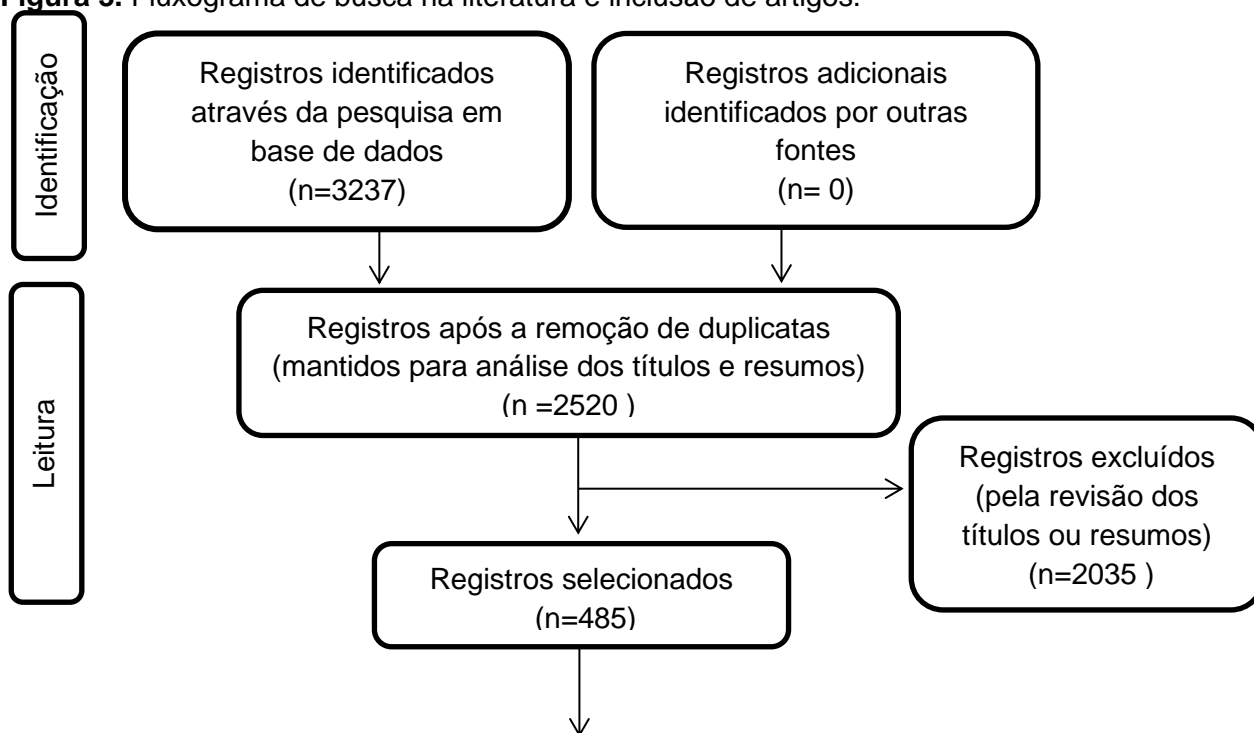
### 6.1 LIVRETO EDUCATIVO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

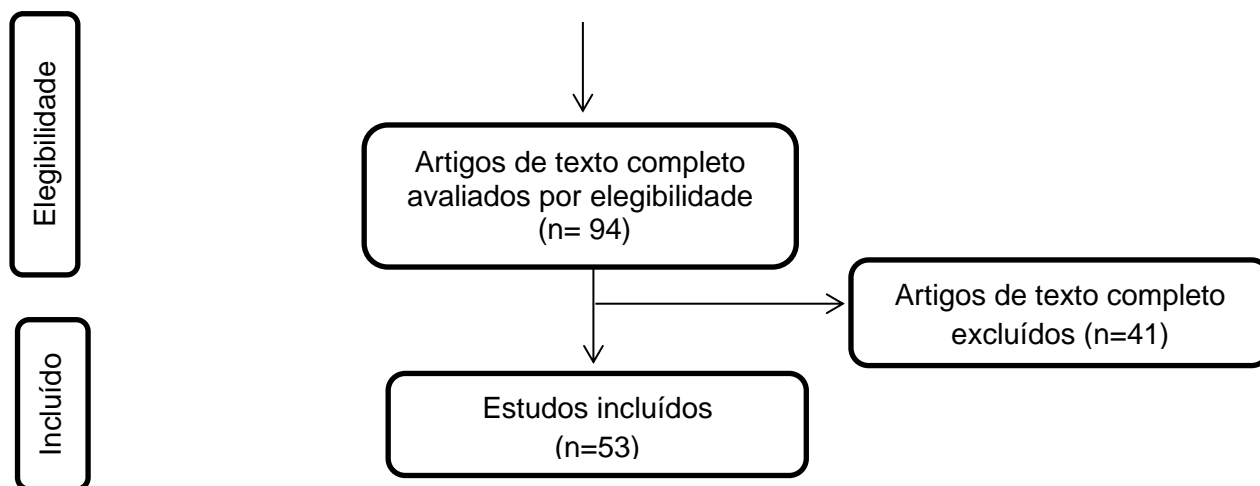
A primeira etapa para a construção do livreto educativo, compreendeu uma revisão de escopo. As estratégias de busca permitiram que 3.237 artigos fossem encontrados, sendo 717 artigos duplicados nas bases de dados. A leitura dos títulos e resumos, a fim de selecionar os artigos que fossem pertinentes à revisão de escopo resultou na inclusão de 485 artigos, os quais tinham como fenômeno de interesse o estudo dos temas: prevenção de quedas, identificação do paciente, segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos e prática de higiene das mãos.

A partir da leitura do texto integral, foram selecionados 94 artigos. Após esta etapa, ainda foram excluídos 41 artigos, diante de uma releitura do material selecionado. A amostra final foi constituída de 53 artigos. A Figura 3 representa o fluxo das análises.

Houve perda de 5 artigos durante o processo de seleção, pois estavam inacessíveis (formas exaustivas de obtenção foram realizadas, mas não há opção para acessá-los).

**Figura 3.** Fluxograma de busca na literatura e inclusão de artigos.





**Fonte:** elaborado pelo autor.

Os estudos selecionados foram publicados entre os anos 2006 e 2019. Contudo, os artigos publicados nos últimos 10 anos, contemplaram 81% da amostra desta revisão de escopo, conforme demonstrado na Tabela 1 abaixo:

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos, segundo o ano de publicação.

Ano de Publicação	Nº	%
2006	3	5,7%
2007	2	3,8%
2008	1	1,9%
2009	1	1,9%
2010	3	5,7%
2011	6	11,3%
2012	7	13,2%
2013	4	7,5%
2014	6	11,3%
2015	3	5,7%
2016	2	3,8%
2017	5	9,4%
2018	5	9,4%
2019	5	9,4%
TOTAL	53	100%

**Fonte:** elaborado pelo autor.

Quanto ao país de origem, compreenderam a diversidade de 13 localidades diferentes, sendo majoritariamente (51%) publicações referentes aos Estados Unidos. A Tabela 2 esquematiza os achados.



**Tabela 2:** Distribuição dos artigos, segundo o país de publicação.

<b>País de Publicação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
África	2	3,8%
Austrália	2	3,8%
Bahrein	1	1,9%
Brasil	6	11,3%
Canada	1	1,9%
Espanha	1	1,9%
Estados Unidos	27	51%
Holanda	1	1,9%
Itália	2	3,8%
Polônia	1	1,9%
Reino Unido	6	11,3%
Suíça	1	1,9%
Taiwan	2	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** elaborado pelo autor.

A análise dos textos integrais dos 53 artigos incluídos permitiu identificar que as informações relevantes aos pacientes se dividiram entre aquelas relacionadas ao comportamento do paciente – ações esperadas do paciente para o seu real envolvimento nos cuidados de saúde – e aquelas relacionadas ao monitoramento dos profissionais de saúde, referindo-se ao conhecimento necessário ao paciente sobre a conduta dos profissionais de saúde.

Para melhor organização, foi disponibilizada uma síntese dos dados em quadros, incluindo os autores, ano, título, objetivos, métodos e os principais achados relacionados com a questão da análise de escopo, que estão assim distribuídos:

- Quadro 8, referente à prevenção de quedas;
- Quadro 9, identificação do paciente;
- Quadro 10, segurança na prescrição de medicamentos/uso de medicamentos/administração de medicamentos;
- Quadro 11, prática de higiene das mãos, e;
- Quadro 12, prática de higiene das mãos e segurança medicamentosa (os artigos combinaram informações sobre as duas temáticas).

**Quadro 8.** Descrição dos estudos referentes à prevenção de quedas, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

<b>Nº. Autor(es)/ Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais achados relacionados com a questão da análise de escopo</b>
1. ZHAO <i>et al.</i> , 2019.	<i>Evidence on Fall and Injurious Fall Prevention Interventions in Acute Care Hospitals.</i>	Fornecer implicações clínicas e recomendações para a queda de pacientes internados em adultos e a prevenção de quedas prejudiciais através de uma breve revisão dos fatores associados a quedas e quedas prejudiciais e das práticas atuais de prevenção de quedas em hospitais de cuidados intensivos.	Revisão da Literatura.	Entre as medidas propostas nestes estudos para a prevenção de quedas e relevantes aos pacientes estão: intervenções ambientais (organização do local); manter o leito em posição baixa; idas frequentes ao banheiro, podem-se definir horários para tal; solicitar ajuda à equipe quando precisar; revisão de medicamentos; ser auxiliado no banheiro. É recomendado que os pacientes conheçam a prevalência, consequências, causas e estratégias de prevenção de quedas hospitalares, bem como a autoavaliação do risco de queda.
2. OPSAHL <i>et al.</i> , 2017.	<i>Outcomes of Adding Patient and Family Engagement Education to Fall Prevention</i>	Descrever o impacto de uma intervenção educativa em vídeo para pacientes e suas famílias,	Pesquisa Quase-Experimental (Pré e Pós Teste).	O vídeo utilizado no estudo forneceu orientações aos pacientes para a prevenção de quedas, no que se refere à: importância de não irem ao banheiro sozinhos (justificou-se por

	<i>Bundled Interventions.</i>	acrescida das atuais intervenções de prevenção de quedas em um centro de cuidados intensivos suburbanos com 92 leitos no Centro-Oeste.		ser um local em que as quedas podem ocorrer mais facilmente), inclusive orientando a não tomarem o banho sozinhos (comunicar profissional de enfermagem para que possa acompanhar). Também apresentaram intervenções como a inserção da pulseira de identificação de paciente com risco de queda e notificação aos familiares sobre o risco.
3. CHAN <i>et al.</i> , 2018.	<i>Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital.</i>	Este artigo discute questões importantes e descreve as estratégias para evitar quedas no ambiente hospitalar de cuidados intensivos, que envolvem pacientes os cognitivamente comprometidos com maior probabilidade de quedas.	Estudo de Intervenção.	A intervenção educativa em vídeo, instruiu os pacientes a pedirem ajuda quando quiserem ir ao banheiro através de uma cena, indicando o modo correto e incorreto; na ocasião de não pedirem ajuda, era mostrado uma cena com ossos quebrados, o que parece ter reforçado a memória dos pacientes e auxiliado na prevenção de quedas.
4. RHEAUME e FRUH, 2015.	<i>Retrospective Case Reviews of Adult Inpatient Falls in the Acute Care Setting.</i>	O objetivo deste artigo é explorar as causas de quedas em pacientes idosos internados através de	Estudo de Caso Retrospectivo.	Entre as informações relevantes aos pacientes sobre a prevenção de quedas estão: importante entenderem que pedir ajuda à equipe de enfermagem não é um incômodo, pois

		revisões retrospectivas de casos em um grande centro médico acadêmico em Vermont.		os profissionais podem ajudar. Os momentos em que os pacientes podem solicitar assistência incluem ao sair do leito ou da cadeira e para ir ao banheiro. Outras intervenções foram recomendadas: organização do ambiente, revisão e modificação de medicamentos, camas mais baixas, manter grades elevadas, horários programados para higiene, aconselhamento sobre calçados antiderrapantes, calçados antiderrapantes, uso de óculos, aparelhos auditivos e dispositivos de mobilidade.
5. JOHNSON <i>et al.</i> , 2011.	<i>Breaking the Fall</i>	O programa <i>Helping Hands</i> é um programa de prevenção de quedas direcionado por enfermeiros, projetado para apoiar a cultura de segurança em todo o hospital e reduzir os danos causados por quedas.	Estudo de Intervenção.	As intervenções para prevenção de quedas do programa incluíram: organizar as proximidades do leito do paciente (citaram inclusive a organização de fios e cabos, como ações esperadas dos profissionais de saúde), manter pertences pessoais e mesas de cabeceiras próximos, manter luz adequada, travar camas e cadeiras, manter grades elevadas e incentivar os pacientes a pedirem auxílio quando necessário. Os profissionais de saúde passaram a

				realizar supervisão rigorosa ao paciente sentar e levantar, higiene e transporte, o que sugere a importância de os pacientes conhecerem o risco de tais atividades sozinhos.
6. STOECKLE <i>et al.</i> , 2019.	<i>Catching Quality Before It Falls: Preventing Falls and Injuries in the Adult Emergency Department.</i>	O objetivo deste projeto de melhoria da qualidade é identificar e implementar intervenções baseadas em evidências para evitar quedas e lesões no paciente no departamento de emergência.	Estudo Misto (Revisão da Literatura e Estudo de Intervenção).	Para prevenção de quedas, foi implementado que todos os profissionais: avaliem o risco de queda (cognição, eliminação, equilíbrio/marcha dos pacientes, déficits sensoriais e histórico de quedas nos últimos 6 meses), avaliem a dor, auxiliem os pacientes no banheiro, façam o reposicionamento no leito ou cadeira, mantenham os leitos mais baixos e travados, itens pessoais ao alcance, assim como a campainha, forneçam orientações sobre a prevenção de quedas a pacientes e familiares. Foram citadas modificações ambientais, mas não especificadas. O uso de meias antiderrapantes, assim como o uso de cintos de marcha para auxiliar a mobilidade foram sugeridos.
7. SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012.	<i>Fall Prevention in Hospitals: An Integrative Review</i>	Este artigo resume a pesquisa e traz conclusões gerais do	Revisão Integrativa.	As intervenções sugeridas no estudo combinam as direcionadas à equipe e também ao paciente, descritas a

		<p>corpo da literatura sobre intervenções de prevenção de quedas para fornecer aos administradores de enfermagem uma base para o desenvolvimento de programas de prevenção de quedas baseados em evidências no ambiente hospitalar.</p>		<p>seguir: mudanças no ambiente e equipamentos de saúde; identificação do paciente com alto risco de quedas com pulseiras diferenciadas e placas nas camas e porta; grades elevadas e leitos na altura do paciente; campanhas ao alcance do paciente; aconselhamento quanto ao uso de calçado adequado e antiderrapante; auxílio e supervisão nas transferências do paciente, com orientações a mudança de posição de forma lenta; e também supervisão do uso do banheiro; incentivo ao uso de óculos, aparelhos auditivos, dispositivos de mobilidade; e por fim a revisão de medicamentos sedativos, antidepressivos, diuréticos e a polifarmácia.</p>
<p>8. SHUEY e BALCH, 2014.</p>	<p><i>Fall Prevention in High-Risk Patients.</i></p>	<p>O artigo revisa elementos relacionados à prevenção de quedas, principalmente na população oncológica, como programa educativo e</p>	<p>Revisão da Literatura.</p>	<p>Uma ferramenta direcionada à pacientes oncológicos apresentados no estudo traz como intervenções importantes ao paciente na prevenção de quedas: certificar-se que o ambiente está iluminado; solicitar ajuda, quando precisar usar o banheiro ou se levantar, principalmente se sentir sintomas</p>

		apresenta um estudo de caso.		como tontura ou outros; usar a campainha para acionar os profissionais de saúde. O ambiente hospitalar tem uma série de equipamentos (como fios, bombas suporte de soro) que não são comuns aos pacientes, e isso pode aumentar o risco de quedas. O uso de algumas medicações também podem aumentar o risco de quedas por diminuírem a pressão arterial ou ocasionar tonturas. Também é importante envolver os familiares e amigos nos cuidados relacionados à segurança como forma de prevenção de quedas.
9. AVANECEAN <i>et al.</i> , 2017.	<i>Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review.</i>	Avaliar a eficácia de intervenções centradas no paciente em quedas no cenário de cuidados intensivos.	Revisão sistemática.	Foram sugeridas para a prevenção de quedas: avaliação do risco de quedas, conhecimento sobre o histórico de quedas do paciente, manutenção de grades elevadas, leitos mais baixos, pulseira com identificação do risco de quedas, horários pré-determinados para higiene, orientações para sair do leito apenas sob supervisão, assim como o uso do banheiro, uso da campainha quando necessário, reconhecimento de sinais de alerta, importância dos equipamentos de

				auto ajuda para locomoção e meias ou calçados antiderrapantes.
10. HUANG <i>et al.</i> , 2015.	<i>The effectiveness of a participatory program on fall prevention in oncology patients.</i>	O objetivo deste estudo foi explorar o efeito de um programa participativo do paciente quanto ao conhecimento e autoeficácia na prevenção e incidência de quedas em uma enfermaria oncológica.	Estudo Quase-Experimental.	Os resultados deste estudo fornecem informações quanto à prevenção de quedas para a população oncológica, referindo que: as orientações fornecidas sobre os fatores de risco para queda podem incentivar o paciente a estar mais atento às situações problema. A beira leito do paciente é o local mais comum para quedas, por isso, precisam receber essa orientação na admissão hospitalar. As informações relacionadas ao uso adequado de equipamentos hospitalares também podem prevenir as quedas. Durante o estudo, foi avaliado o conhecimento do paciente sobre determinados aspectos, sugerindo serem informações relevantes ao pacientes, tais como: uso do banheiro supervisionado; usar a campainha para pedir ajuda à equipe de enfermagem; manter o suporte de soroterapia móvel no final da cama para evitar quedas; colocar os chinelos do lado de fora do banheiro



				na hora do banho, pois os chinelos se molham e podem causar quedas; adotar uma saída lenta e progressiva do leito, sentar-se à cabeceira por 5 a 10 minutos e aguardar até que não haja tontura ou desconforto e sair da cama; estar atento aos sinais de tonturas, vertigens e hipotensão, quando tomar medicamentos anti-hipertensivos, tranquilizantes, diuréticos, hipoglicêmicos, analgésicos, anti-histamínicos; manter as grades elevadas. A avaliação do risco de queda também foi mencionada.
11.KIM e MARIANO, 2014.	<i>Developing a multidisciplinary fall reduction program for lower-extremity joint arthroplasty patients.</i>	Revisar elementos para um programa multidisciplinar de redução de quedas para pacientes com artroplastia articular de extremidade inferior.	Revisão da Literatura.	As intervenções sugeridas no estudo incluem a avaliação do risco de quedas, o uso de calçados adequados, horários pré-estipulados para higiene, uso supervisionado do banheiro, pedir auxílio nas transferências, pulseira de identificação de cor diferenciada para pacientes com elevado risco de queda, revisão de medicamentos e a educação de pacientes e familiares.
12.FOISY, 2013.	<i>Thou shalt not fall! Decreasing falls in</i>	Utilizou-se o modelo <i>Transforming Care</i> à	Estudo de Intervenção.	As instruções para prevenção de quedas neste estudo, do pacote

	<i>the postoperative orthopedic patient with a femoral nerve block.</i>	beira do leito para diminuir as quedas na população de pacientes com bloqueio do nervo femoral (RNB) em uma unidade ortopédica/neurológica de 32 leitos em um hospital comunitário. Foi implementada uma prática estratégica multifacetada e um pacote educacional.		educacional, referem que enfermeiros devem orientar os pacientes sobre as maneiras mais seguras de se mover; e aquelas direcionadas ao paciente pedem que: os pacientes toquem na campainha da chamada quando precisarem de auxílio; não saiam do leito ou vaso sanitário, exceto se estiverem supervisionados.
13.VIEIRA <i>et al.</i> , 2012.	<i>Reducing falls among geriatric rehabilitation patients: a controlled clinical trial</i>	Avaliar a eficácia de um programa de intervenção para reduzir quedas em pacientes em reabilitação geriátrica.	Projeto Pré/Pós-teste.	Os achados incluem variadas informações sobre a prevenção de quedas no ambiente hospitalar, entre elas a importância da avaliação do risco de queda e mobilidade; supervisão do profissional quando há uso do banheiro pelo paciente; auxílio à mobilidade quando houver necessidade; uso adequado dos equipamentos de auto ajuda; campainha próxima ao paciente; manter grades dos leitos elevadas; uso de calçados antiderrapantes;

				iluminação adequada e a organização do ambiente, referindo sobre o armazenamento de coisas que não estão sendo usadas (calçados, roupas).
14. TZENG e YIN, 2009.	<i>Perspectives of Recently Discharged Patients on Hospital Fall-Prevention Programs</i>	O objetivo deste estudo exploratório foi compreender as opiniões e observações de pacientes idosos que receberam alta recentemente sobre a educação em prevenção de quedas recebida durante a hospitalização mais recente.	Estudo Transversal e Exploratório.	Os pacientes identificaram a necessidade de a equipe de enfermagem atender a chamada da campainha em tempo hábil; e sugeriram para a prevenção de quedas: orientação e reorientação sobre os riscos e métodos de prevenção inclusive aos familiares, camas mais baixas e mais fáceis de ajustar (travadas), melhor iluminação, organização do ambiente (principalmente entre leito e banheiro), grades elevadas, fornecimento de equipamentos de auto-ajuda, manter pisos do banheiro secos. Aproveitar a oportunidade do profissional dentro do quarto para atender às necessidades do paciente, também foi mencionado estratégia.
15. JESKE et al., 2006.	<i>Partnering with patients and families in designing visual cues to prevent falls</i>	Projetar e implementar um cartaz educacional para evitar quedas.	Estudo de Intervenção.	O projeto educacional trouxe elementos aos pacientes, que compreenderam: a solicitação de ajuda quando houver necessidade e

	<i>in hospitalized elders</i>			também o comportamento esperado em caso de quedas, incentivando-os a permanecerem parados e solicitar ajuda profissional usando um sinal de “PARE” como um sinal visual no material educativo. Outras recomendações incluíram: avaliação do risco de queda, iluminação adequada, organização do ambiente, horários pré-estipulados para a higiene, identificação do paciente com risco de queda, educação de pacientes e familiares, uso de sapatos antiderrapantes e orientações a levantar lentamente para evitar tonturas.
16. OLIVER, HEALY, HAINES, 2010.	<i>Preventing falls and fall-related injuries in hospitals.</i>	Estudo de revisão sobre a prevenção de quedas e lesões relacionadas a quedas em hospitais.	Revisão da literatura.	O estudo apresenta como informações relevantes aos pacientes: orientações sobre o calçado adequado (antiderrapante); orientação aos familiares sobre a prevenção de quedas; organização do ambiente em volta do paciente, mantendo apenas os objetos necessários de fácil acesso; deixar a campainha à disposição e próxima do paciente; manter óculos ou aparelhos auditivos disponíveis, quando for o

				caso; fazer a revisão de medicamentos; ensinar os pacientes a reconhecer sinais como tonturas; camas mais baixas e com grades elevadas; identificar pacientes com risco de quedas; monitorar tais pacientes mais frequentemente; avaliar o risco de quedas.
17. LANCASTER <i>et al.</i> , 2007.	<i>Preventing falls and eliminating injury at Ascension Health.</i>	Desenvolver e implementar programa para evitar quedas.	Estudo de Intervenção.	No programa implementado foram criadas 4 estratégias para a prevenção de quedas: 1) Avaliação e reavaliação dos fatores de risco do paciente para quedas, nos momentos de admissão, quando houvesse mudança de cuidador, e também alteração na condição clínica do paciente; 2) Identificação visual de pacientes com alto risco para quedas (os tipos de identificação utilizados foram sinalizar a porta, pôster, pulseira amarela); 3) Comunicação do risco de queda do paciente (foram inclusos neste quesito a passagem de plantão da equipe de enfermagem, conhecer o histórico de quedas do paciente e o registro do risco de quedas do paciente); 4) Educação para pacientes, familiares e

				funcionários sobre a prevenção de queda. O programa compreendeu também orientar sobre aos pacientes para não saírem da cama sem pedir ajuda e manter os objetos pessoais próximos. Os profissionais deveriam atentar-se a importância da revisão dos medicamentos, fatores ambientais como a iluminação, grades elevadas e camas travadas. Foram fornecidos pelos profissionais uso de sapatos e meias antiderrapantes.
--	--	--	--	---

**Fonte:** elaborado pelo autor.

**Quadro 9.** Descrição dos estudos referentes identificação do paciente, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

<b>Nº. Autor(es)/ Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais achados relacionados com a questão da análise de escopo</b>
1. DOUGHERTY, SQUE, CROUCH, 2012.	<i>Decision-making processes used by nurses during intravenous drug preparation and administration.</i>	O objetivo deste estudo foi explorar os processos de tomada de decisão que os enfermeiros usam durante a administração de drogas intravenosas e como isso	Estudo Etnográfico.	O estudo propõe sugestões práticas para a identificação do paciente, que incluem a conferência verbal e da pulseira de identificação do paciente antes da administração de todos os medicamentos; verificação de alergias; e o envolvimento do paciente na revisão de protocolos de procedimentos.

		influencia a correr riscos e erros.		
2. MELKIE, GIRMA, TSALLA, 2014.	<i>The practice of venous blood collection among laboratory and non-laboratory professionals working in Ethiopian Government Hospitals: a comparative study</i>	No presente estudo, nos concentramos em determinar e comparar a conveniência/ indesejabilidade das atividades durante a coleta de sangue venoso em hospitais etíopes entre diferentes grupos de profissionais.	Estudo Comparativo Transversal.	O estudo contemplou sobre as práticas dos profissionais antes e após a coleta de sangue venoso, em laboratório e hospital, referindo sobre a obrigatoriedade da identificação dos pacientes antes do procedimento, através da conferência do nome com um documento de identificação do paciente; o mesmo é esperado para pacientes inconscientes, mas a conferência deve ser feita com os familiares (nome e documento de solicitação do procedimento).
3. LIPPI <i>et al.</i> , 2006.	<i>Phlebotomy issues and quality improvement in results of laboratory testing</i>	Conhecer sobre os problemas de flebotomia e as medidas de melhoria da qualidade nos resultados de testes de laboratório.	Revisão da Literatura.	A informação relevante ao paciente, sugerida como adequada foi a verificação da identidade do paciente antes da coleta de sangue, compreendida como elemento essencial para evitar os erros.
4. SANTOS <i>et al.</i> , 2019.	Identificação do paciente no fornecimento de dietas por	Os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil sociodemográfico da	Estudo Quantitativo, Descritivo e Transversal.	Os achados deste estudo revelam a importância da elaboração e implantação de protocolos de segurança do paciente,

	colaboradores de um Serviço de Nutrição e Dietética	equipe de um Serviço de Nutrição e Dietética (SND), diagnosticar o processo de identificação do paciente no fornecimento de dietas e verificar o conhecimento da equipe sobre o tema.		especificamente quanto ao processo de identificação. Apontam como fundamental, a equipe perguntar o nome completo e a data de nascimento do paciente para fazer a checagem da dieta no momento de sua administração.
5. LATHAM <i>et al.</i> , 2012.	<i>Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi</i>	Este artigo descreve uma breve estratégia de intervenção tentando desenvolver, implementar e avaliar um pacote de intervenções para melhorar a identificação do paciente no principal hospital universitário do Malawi.	Estudo de Intervenção.	As estratégias propostas pelo estudo, relevante ao conhecimento do paciente para melhoria da segurança, referem-se implementação das pulseiras de identificação e a prática de identificação do paciente adequada (identificação verbal e verificação cruzada com pulseiras de documentação) antes de procedimentos como transfusões, administração de medicamentos intravenosos, punção venosa.
6. SILVA <i>et al.</i> , 2016b.	A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão	Identificar as principais temáticas abordadas em	Revisão Integrativa.	Os temas que emergiram nos estudos compreenderam a identificação correta do paciente antes da



	integrativa da literatura	ambiente hospitalar para a segurança do paciente.		realização de qualquer procedimento, uso de pulseiras de identificação, cuidado com as grades elevadas dos leitos e orientações aos acompanhantes.
7. HEMESATH <i>et al.</i> , 2015.	Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente	Analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco.	Estudo Descritivo e Exploratório.	As ações propostas no estudo, com base nas diretrizes de segurança do paciente, incluíram padronização da identificação de pacientes, utilizando 2 elementos de identificação (neste caso, nome completo e número de identificação do paciente) antes de procedimentos de alto risco, entre eles a administração de medicamentos, sangue e componentes sanguíneos, coleta de amostras para testes (sangue e outros) e procedimentos invasivos. A verificação da pulseira de identificação também é necessária antes dos mesmos procedimentos citados.
8. STRUDWICK <i>et al.</i> , 2017.	<i>Thank you for asking: Exploring patient perceptions of barcode medication administration</i>	O objetivo principal deste estudo foi obter as percepções dos pacientes sobre as preferências de identificação do	Estudo Descritivo e Qualitativo.	Os autores sugerem que, no contexto da saúde mental, os pacientes possam escolher o melhor método de identificação que considerarem para a administração de medicamentos, optando por código de barras,

	<i>identification practices in inpatient mental health settings</i>	BCMA (tecnologia de administração de medicamentos com código de barras) em contextos de internação em saúde mental.		pulseira de identificação, fotografia ou outros, fato que poderia proporcionar mais engajamento em seus cuidados. Ademais, seria importante receberem orientações sobre os objetivos da tecnologia utilizada, sua segurança e privacidade das informações.
--	---	---	--	--

**Fonte:** elaborado pelo autor.

**Quadro 10.** Descrição dos estudos referentes à segurança na prescrição de medicamentos/ uso de medicamentos/ administração de medicamentos, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

<b>Nº. Autor(es)/ Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais achados relacionados com a questão da análise de escopo</b>
1. PILEGGI <i>et al.</i> , 2018.	<i>Information about management of chronic drug therapies prescribed at hospital discharge: does it affect patients' knowledge and self-confidence?</i>	Os objetivos do estudo foram avaliar: 1) como a comunicação sobre novas terapias crônicas é gerenciada na alta hospitalar e que tipo de informação é fornecida aos pacientes; 2) até que ponto os pacientes estão conscientes e	Estudo Transversal.	Neste estudo, os resultados apontam informações importantes ao conhecimento do paciente na terapia medicamentosa, tais como a orientações sobre o tratamento proposto, a razão, dosagem via de administração, tempo e duração do tratamento, efeitos colaterais, uso concomitante com outros medicamentos ou alimentos, necessidade e frequência dos controles, conduta em caso de esquecimento e também as

		confiantes no manejo desses medicamentos; 3) se a maneira como a comunicação é fornecida afeta a conscientização e a autoconfiança dos pacientes no manejo dessas terapias.		consequências do paciente não usar o medicamento.
2. LIMA <i>et al.</i> , 2016.	Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente	Descrever e analisar a orientação de alta realizada pelo farmacêutico para pacientes submetidos aos transplantes renais e hepáticos como estratégia para a segurança do paciente.	Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo.	Os pacientes foram orientados na alta, pelo farmacêutico clínico do serviço e farmacêuticos residentes quanto ao tratamento medicamentoso prescrito, uso correto, armazenamento, horários para administração, possíveis reações adversas, interações medicamentosas e adesão ao tratamento.
3. MIRA <i>et al.</i> , 2014.	<i>What older complex chronic patients need to know about their everyday medication for safe drug use.</i>	Determinar se os pacientes idosos com regimes complexos de medicamentos têm informações suficientes para	Estudo Transversal	Os resultados deste estudo, importantes à segurança medicamentosa, sugerem que os médicos devem fornecer mais informações aos pacientes, principalmente quando há mudança na prescrição (medicamentos novos

		garantir o uso seguro de medicamentos.		ou alterações de dosagem), assim como as precauções necessárias com os medicamentos, de forma clara, direta e organizada para facilitar a compreensão e gestão medicamentosa pelo paciente.
4. LINGARATNAM <i>et al.</i> , 2012.	<i>A controlled before and after study to evaluate a patient and health professional partnership model towards effective medication reconciliation.</i>	Este estudo teve como objetivo projetar e testar a eficácia de um modelo de parceria profissional consumidor-saúde para uma reconciliação eficaz de medicamentos.	Estudo Prospectivo, Qualitativo.	A fim de capacitar os consumidores sobre as informações de seus medicamentos, foi proposto no estudo um modelo de parceria entre paciente e o serviço de saúde, que compreendeu o preenchimento de um folheto antes da admissão hospitalar com informações sobre os medicamentos de uso e alergias. Posteriormente, na admissão hospitalar foram convidados a se envolverem mais com a equipe nas questões de segurança dos medicamentos, incentivando-os a fazerem perguntas. Houve também a participação do farmacêutico que forneceu listas de medicamentos na alta.
5. DEPOLD <i>et al.</i> , 2010.	<i>Invited article: improving safety for the neurologic patient: evaluating</i>	Este artigo enfoca erros de medicação, educação em saúde e abuso e	Estudo Descritivo.	O artigo apresenta plano de ação médica para reduzir os erros de medicação e incentivar os pacientes a serem mais proativos com medidas

	<i>medications, literacy, and abuse.</i>	negligência, que são três das principais áreas de foco do Subcomitê de Segurança do Paciente.		como: encorajar o paciente a sempre trazer para as consultas uma lista atualizada com seus medicamentos (inclusive à base de plantas), dosagens e alergias; ao término do atendimento, os pacientes deveriam sair com uma lista atualizada de novos medicamentos, efeitos colaterais, data de início e término, dando oportunidade para o paciente exercer seu direito de tirar dúvidas e fazer questionamentos.
6. SCHWAPPACH e WERNLI, 2011.	<i>Barriers and facilitators to chemotherapy patients' engagement in medical error prevention.</i>	O principal objetivo deste estudo foi explorar as intenções dos pacientes em quimioterapia de se envolverem na prevenção de erros médicos.	Estudo Transversal.	Neste estudo, foi apresentado aos pacientes breves notas com possíveis erros na administração da quimioterapia, e estes deveriam responder como agiria nessas situações. Assim, dentre as notas relevantes à esta revisão de escopo foram: pedir ao profissional que realize a dupla checagem; comunicar que a infusão está sendo dolorosa; solicitar a verificação dos rótulos das bolsas de infusão com o prontuário; realizar a lavagem das veias; confirmação da cor dos comprimidos e lembrar os profissionais de higienizar as mãos.

<p>7. BORGSTEEDE <i>et al.</i>, 2011.</p>	<p><i>Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital.</i></p>	<p>O objetivo deste estudo foi explorar as necessidades do paciente em informações sobre medicamentos na alta hospitalar.</p>	<p>Estudo de Intervenção e Qualitativo.</p>	<p>Na alta hospitalar, os pacientes e familiares puderam fazer perguntas sobre os medicamentos e foram orientados de forma oral e escrita por um farmacêutico sobre: nome do medicamento, data de início e término, objetivo, dosagem, incluindo instruções para ingestão e um esquema de administração. O motivo da interrupção dos medicamentos também foi explicado. As informações sobre efeitos colaterais e alternativas medicamentosas também emergiram nas entrevistas com os pacientes.</p>
<p>8. WALRATH e ROSE, 2008.</p>	<p><i>The medication administration process: patients' perspectives.</i></p>	<p>O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos pacientes sobre as práticas de administração de medicamentos em um ambiente hospitalar e como eles participam do processo.</p>	<p>Estudo Exploratório e Descritivo.</p>	<p>Entre os aspectos relevantes aos pacientes identificados nos estudos foram a importância de melhorar a comunicação com a equipe na administração de medicamentos e também no processo de alta hospitalar. Emergiram nas entrevistas sobre: a dupla checagem dos medicamentos pela equipe de enfermagem; questionamento quanto à medicação correta (por exemplo, ao identificar que a cor do comprimido era diferente da usual); identificação</p>

				correta do paciente para receber a medicação; preparo do medicamento e conferência junto ao paciente; revisão do objetivo do medicamento; não padronização entre os profissionais quanto à nomeação dos medicamentos (nome genérico e comercial).
9. MANNING <i>et al.</i> , 2007.	<i>3D: a tool for medication discharge education.</i>	Os autores realizaram um estudo exploratório e randomizado para determinar se a 3D (ferramenta para educação de medicamentos na alta), em relação à MDW (planilha de alta de medicamentos), melhora a satisfação e a compreensão do paciente e reduz os erros de medicação autorreferidos.	Estudo Exploratório e Randomizado.	Este estudo sugere o uso de ferramentas educacionais sobre medicamentos na alta hospitalar pode melhorar o conhecimento do paciente. A ferramenta utilizada para ser entregue ao paciente contemplou os seguintes dados: nome do medicamento, objetivo, horário, quantidade e precauções.
10. MARVIN <i>et al.</i> , 2011.	<i>Phone calls to a hospital medicines information helpline:</i>	Descobrir quais perguntas o público faz aos	Estudo Transversal.	É preciso que os pacientes recebam informações adequadas sobre o uso de medicamentos na alta, para

	<i>analysis of queries from members of the public and assessment of potential for harm from their medicines.</i>	farmacêuticos em uma linha de atendimento de informações sobre medicamentos hospitalares e avaliar o potencial para melhorar o gerenciamento de medicamentos por meio de suporte por telefone.		melhorar a segurança do paciente. Neste estudo, as ligações telefônicas dos pacientes ao serviço de farmácia hospitalar envolveram dúvidas sobre as interações medicamentosas, efeitos colaterais, alergias, reações adversas e o uso correto do medicamento. Fica implícita a importância dessas informações na alta pela equipe de saúde.
11.CAR et al., 2017.	<i>Prioritizing medication safety in care of people with cancer: clinicians' views on main problems and solutions</i>	Identificar as prioridades de segurança de medicamentos no tratamento de pacientes com câncer, de acordo com os médicos do noroeste de Londres, usando PRIORITIZE, uma nova abordagem de definição de prioridades.	Estudo Transversal.	As sugestões de soluções para a segurança de medicamentos em pacientes com câncer compreenderam: orientações ao paciente e familiares sobre o que fazer quando não estiver bem; garantia de instruções relevantes por escrito para que médicos da comunidade possam acompanhar os pacientes; estar atento aos efeitos colaterais (foi descrito que comumente os pacientes não fornecem essa informação); e orientar sobre sinais de complicações.



<p><b>12.</b>BROWN <i>et al.</i>, 2006.</p>	<p><i>Diagramming patients' views of root causes of adverse drug events in ambulatory care: An online tool for planning education and research</i></p>	<p>Esquematizar as visões dos pacientes sobre as causas de eventos adversos a medicamentos em atendimento ambulatorial, examinar as características das causas relatadas pelos pacientes e identificar aquelas que foram estudadas nas literaturas de ciências médicas e sociais.</p>	<p>Estudo Transversal.</p>	<p>São recomendações para prevenir eventos adversos neste estudo: orientação ao paciente sobre os medicamentos em uso, interações medicamentosas e reações adversas; conhecer e informar a lista de medicamentos em uso (incluindo ervas, suplementos, álcool e cigarro); melhorar a comunicação entre paciente e médico; seguir as recomendações prescritas pelo médico, ler as instruções e não se automedicar.</p>
<p><b>13.</b>TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012.</p>	<p>Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa</p>	<p>Analisar e sintetizar a produção científica acerca da educação do paciente sobre regime medicamentoso no processo de alta hospitalar.</p>	<p>Revisão Integrativa.</p>	<p>Os achados relevantes ao paciente neste estudo compreenderam: garantir a compreensão do paciente e familiar na alta hospitalar quanto aos medicamentos prescritos; registrar por escrito as instruções para a alta incluindo dose, horário de administração, indicação, efeito esperado e efeitos colaterais; orientações de como proceder na ocorrência de problemas e a quem</p>

				procurar ajuda.
14. STEINMAN <i>et al.</i> , 2011.	<i>Beyond the prescription: medication monitoring and adverse drug events in older adults.</i>	Descrever uma estrutura conceitual quanto ao papel mais proativo no monitoramento de sinais, sintomas e parâmetros laboratoriais para eventos adversos e sugerir abordagens para ajudar a superar os problemas atuais nas práticas de monitoramento.	Revisão da Literatura.	Como estratégia de envolvimento do paciente quanto à segurança na terapia medicamentosa, seria adequado receberem informações sobre o objetivo dos medicamentos prescritos, os efeitos colaterais, o que fazer caso ocorram e como acompanharem a eficácia através dos testes laboratoriais e a frequência. Os profissionais de saúde também podem incentivar os pacientes a conhecerem sobre os medicamentos prescritos através do <i>MedlinePlus</i> ( <a href="http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html</a> ).
15. ALHUSAINI e MUBARAK, 2018.	<i>Public awareness of adverse drug reaction medical safety</i>	Contribuir com a literatura, avaliando fatores que normalmente provocam reações adversas a medicamentos (RAMs) que comprometem a segurança médica.	Estudo Transversal.	Os resultados apontam sobre a importância do conhecimento dos pacientes quanto às reações adversas a medicamentos, além de orientações relacionadas ao uso correto e as consequências, para assim poderem decidir sobre seu tratamento.

Fonte: elaborado pelo autor.

**Quadro 11.** Descrição dos estudos referentes à prática de higiene das mãos quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

Nº. Autor(es)/ Ano	Título	Objetivos	Métodos	Principais achados relacionados com a questão da análise de escopo
1. BUSBY <i>et al.</i> , 2015.	<i>Assessing patient awareness of proper hand hygiene.</i>	Buscou-se identificar as percepções dos pacientes quanto à higiene das mãos de enfermeiros e auxiliares de enfermagem com água e sabão, produtos à base de álcool ou uma combinação dos dois métodos.	Estudo Observacional.	O estudo mostrou que nem todos os pacientes compreendem a importância da higiene das mãos, por isso são informações relevantes aos pacientes: receber orientação quanto à higiene adequada das mãos e a sua importância; monitorar essa prática nos profissionais de saúde e questionar a equipe sobre a higienização das mãos. Os autores entendem que esta medida auxiliaria na melhoria da segurança e adesão à higiene das mãos.
2. GARCIA-WILLIAMS <i>et al.</i> , 2010.	<i>To ask or not to ask?: the results of a formative assessment of a video empowering patients to ask their health care providers to perform hand</i>	Avaliar a implementação do Vídeo Higiene das Mãos Salva Vidas e explorar as percepções e expectativas dos profissionais de saúde e leigos em relação à higiene das mãos, infecções associadas aos cuidados de saúde e empoderamento dos pacientes.	Estudo Observacional/Qualitativo.	Os participantes deste estudo identificaram a higiene das mãos como importante medida para a prevenção de infecções. O vídeo educativo utilizado no estudo recomendava aos pacientes: solicitem ao médico ou profissional de enfermagem que realizem a higienização das mãos e questionem se o profissional a fez. Tal prática,

	<i>hygiene.</i>			associou-se à melhor autoeficácia após a implementação do vídeo e redução de morbimortalidade por infecções em saúde.
3. WAŁASZEK et al., 2018.	<i>Patient as a Partner in Healthcare-Associated Infection Prevention.</i>	O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento e as atitudes em relação à higiene das mãos entre pacientes poloneses e profissionais de saúde.	Estudo Observacional e Descritivo.	Os resultados do estudo sugerem a importância de os pacientes conhecerem sobre a higiene das mãos dos profissionais de saúde com relação à frequência, momento (antes da realização de procedimentos, antes e depois do contato físico direto ou exame físico, após risco de contato com fluidos corporais, depois de tocar o ambiente do paciente). Além disso, também abordam sobre a indagação do paciente quanto à prática da higiene das mãos pelos profissionais de saúde.
4. MCGUCKIN e GOVEDNIK, 2013.	<i>Patient empowerment and hand hygiene, 1997-2012.</i>	Revisar a literatura atual sobre a disposição do paciente de ser fortalecido, as barreiras ao fortalecimento e os programas de higiene das mãos que incluem o fortalecimento do paciente e a melhoria da higiene das mãos.	Revisão da Literatura.	Os resultados desta revisão, mostram, sobre a importância da capacitação do paciente para que se sintam mais seguros e confortáveis em colaborar com a segurança em questões como: questionar o profissional de saúde quanto à higiene das mãos e agradecer quando o profissional o faz. No entanto, há sugestão de que os

				profissionais deem permissão explícita para que os pacientes realmente sintam-se à vontade para participar mais ativamente.
5. POKRYWKA et al., 2017.	<i>Can improving patient hand hygiene impact Clostridium difficile infection events at an academic medical center?</i>	O objetivo deste estudo foi aumentar a higiene das mãos do paciente e examinar se se afetava infecção por Clostridium difficile no hospital.	Pesquisa Quase Experimental/ Bifásico.	As informações relevantes aos pacientes neste estudo, referem-se a conhecerem a importância da higiene das mãos, como método de prevenção de infecções nos cuidados de saúde. Ademais, esta prática deve ser incentivada mesmo em pacientes restritos ao leito, preferencialmente antes das refeições, depois de usar o banheiro ou a comadre, antes de tocar nos curativos e nas incisões, depois de retornar dos testes ou procedimentos, antes e depois de receber visitas).
6. ISTENES et al., 2013.	<i>Patients' potential role in the transmission of health care-associated infections: Prevalence of contamination with bacterial pathogens and</i>	Os objetivos do estudo foram determinar sistematicamente a contaminação nas mãos dos pacientes e examinar a relação com várias co-variáveis e o diagnóstico de infecção. O estudo também pesquisou as atitudes dos pacientes em relação à higiene das mãos e suas práticas de higiene das	Estudo Observacional.	O estudo afirmou que os pacientes estavam cientes da importância da higiene das mãos, inclusive como método de prevenção da infecção. Traz também dados sobre o desafio da inclusão dos pacientes em programas de higienização das mãos e também como monitores da higiene das mãos dos profissionais de saúde, a fim de proporcionar mais

	<i>patient attitudes toward hand hygiene</i>	mãos e determinou a associação entre essas atitudes/ práticas e as taxas de contaminação das mãos.		empoderamento e melhorias na qualidade em saúde.
7. WU <i>et al.</i> , 2013.	<i>Hand hygiene among patients: Attitudes, perceptions, and willingness to participate</i>	O objetivo do estudo foi entender melhor as atitudes e percepções dos pacientes em relação à higiene das mãos e identificar os pacientes com a maior motivação para participar da higiene das mãos.	Estudo Transversal.	Sugere-se que as novas estratégias de promoção da participação do paciente na higienização das mãos, enfatizem a importância da higiene das mãos como método de prevenção de infecções em saúde, podendo inclusive utilizar experiências de pacientes que sofreram com tais infecções. Foi relatado pelos pacientes que preferem ver os profissionais de saúde realizando a higiene das mãos dentro do campo de visão deles. Mencionam também que, caso os pacientes tivessem a informação de que os profissionais de saúde gostam de serem lembrados sobre a higienização das mãos, teriam maiores chances dessa prática acontecer.
8. DAVIS <i>et al.</i> , 2012b.	<i>Patients' and health care professionals' attitudes</i>	Apresentar as conclusões de um estudo exploratório sobre as atitudes dos pacientes e também dos profissionais de saúde em	Estudo de Pré e Pós-intervenção.	Após vídeo educativo, os pacientes estiverem mais dispostos a questionarem à equipe de saúde sobre a higiene das mãos e também

	<i>towards the PINK patient safety video</i>	relação ao uso do vídeo PINK como um método de transmitir informações relacionadas à segurança.		notificar a equipe quanto à higiene pessoal (higiene corporal e oral). A intervenção também contemplou aspectos de comunicação da ausência de medicamentos à equipe.
9. LANDERS et al., 2012.	<i>Patient-centered hand hygiene: The next step in infection prevention</i>	Analisar as evidências dos benefícios de incluir pacientes mais diretamente em iniciativas de higiene das mãos e o uso de ferramentas de segurança centradas no paciente para fornecer recomendações para o momento e a implementação de protocolos de higiene das mãos dos pacientes.	Revisão da Literatura.	Os momentos de higiene das mãos dos profissionais de saúde recomendados são: antes e depois de tocar em um paciente, antes de um procedimento invasivo ou asséptico, após contato com fluidos ou excreções corporais e após tocar o ambiente ao redor do paciente. O objetivo de envolver os pacientes na higiene das mãos é também melhorar a conformidade dessa prática pelos profissionais de saúde. São apresentadas sugestões de momentos adequados para a promoção da higiene das mãos pelos pacientes: depois de usar o banheiro, a comadre, ou o vaso sanitário; ao retornar ao quarto, após teste ou procedimento; antes de comer, beber, tomar remédios ou colocar qualquer coisa na boca; quando as mãos estiverem visivelmente sujas; antes de tocar em qualquer ruptura na

				pele (por exemplo, feridas, curativos, tubos) ou qualquer procedimento de cuidado (por exemplo, diálise, administração de medicamentos IV, injeções); antes da diálise, entrar em contato com linhas intravenosas ou outros; após tossir, espirrar ou tocar o nariz ou a boca; antes de interagir com os visitantes e depois que eles saírem; quando há preocupação quanto à limpeza das mãos. O estudo também aborda sobre a monitoria do paciente na higienização das mãos dos profissionais.
10. NERI <i>et al.</i> , 2019.	Comportamento sobre prática de higiene das mãos de acompanhantes em enfermarias de internação	Avaliar a rotina de higiene das mãos de acompanhantes em unidades de internação.	Estudo Observacional.	Entre as informações relevantes aos pacientes encontradas no estudo, estão as variáveis relacionadas às ferramentas de coleta de dados que incluíram: questões referentes à importância da lavagem das mãos e comportamento (antes da alimentação, após utilizar o banheiro e o os produtos usados para lavar e secar as mãos). A fase de observação do acompanhante contemplou os seguintes momentos de higiene das mãos, considerados adequados: anterior ao contato com o



				paciente, após potencialidade de exposição a secreções corporais, depois do contato com o paciente e posterior ao contato com os campos próximos ao paciente. Presume-se ser importante orientar quanto à eficácia do álcool em gel, uso do sabonete líquido, uso de toalhas descartáveis e prática correta de higiene das mãos. Para os profissionais de saúde, recomenda-se a higiene das mãos: antes e depois do contato com o paciente, antes de práticas assépticas, após o risco de exposição a fluidos corporais, e depois do contato as proximidades do paciente.
--	--	--	--	---

**Fonte:** elaborado pelo autor.

**Quadro 12.** Descrição dos estudos referentes à prática de higiene das mãos e segurança medicamentosa, quanto ao: nº, autores, ano, título, objetivos, métodos e principais achados relacionados com a questão da análise de escopo.

<b>Nº. Autor(es)/ Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais achados relacionados com a questão da análise de escopo</b>
1. BELL <i>et al.</i> , 2018.	<i>Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family</i>	Avaliar o conforto do paciente/família ao conversar sobre as preocupações comuns na UTI; (2) identificar barreiras percebidas pelo paciente /	Estudo Observacional.	O instrumento do estudo aborda elementos como: o conforto do paciente/família ao revisar dados relacionados ao medicamento com os

	<i>experiences, attitudes and perceived barriers.</i>	família para falar; e (3) explorar os fatores associados ao conforto do paciente / família durante as conversas.		profissionais da equipe (nome, dosagem, motivo, horários e periodicidade), bem como a prática de higiene das mãos. Torna-se implícito que são atitudes esperadas do paciente/família.
2. YOONG <i>et al.</i> , 2019.	<i>Why are patients not more involved in their own safety? A questionnaire-based survey in a multi-ethnic North London hospital population.</i>	Os autores procuraram examinar a participação do paciente em uma série de comportamentos relacionados à segurança, bem como os fatores que influenciam isso, como sexo, educação, idade e idioma.	Estudo Observacional.	Através das perguntas realizadas durante a pesquisa aos pacientes, é sugestivo que eles questionem os profissionais de saúde quanto à medicação fornecida, resumo da medicação atual e sobre os efeitos colaterais e que solicitem que a identidade seja verificada antes da dispensação do medicamento e da realização de procedimentos. Na prática de higiene das mãos, seria aconselhado perguntarem aos profissionais se estão seguindo o protocolo e lembrá-los de fazer.
3. BERGER <i>et al.</i> , 2014.	<i>Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic</i>	Esta revisão examina como as intervenções que incentivam o engajamento do paciente na área da saúde foram implementadas em ensaios controlados.	Revisão Sistemática.	As intervenções que incentivam o engajamento do paciente, não foram totalmente especificadas. Abordaram sobre as orientações quanto à higiene das mãos, prevenção de quedas e supervisão medicamentosa no pós-alta. O dado explícito relevante ao paciente sugeriu a monitoria do

	<i>review.</i>			paciente na higiene das mãos dos profissionais, questionando se haviam ou não feito.
--	----------------	--	--	--

**Fonte:** elaborado pelo autor.

Com a fundamentação teórica obtida através da análise dos estudos, o conteúdo do livreto educativo foi extraído, dividindo-se em 4 subcategorias:

- Prevenção de Quedas;
- Correta Identificação do Paciente;
- Segurança Medicamentosa e;
- Higiene das Mãos.

### **6.1.1 Prevenção de Quedas**

A prevenção de quedas envolve ações de responsabilidade da equipe de saúde, mas também dos pacientes e familiares. Entre as recomendações analisadas nos artigos, relevantes ao conhecimento do paciente, estão a importância da avaliação do risco de queda (STOECKLE *et al.*, 2019; AVANECEAN *et al.*, 2017; HUANG *et al.*, 2015; KIM e MARIANO, 2014; VIEIRA *et al.*, 2012; JESKE *et al.*, 2006; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; LANCASTER *et al.*, 2007), a identificação e orientação do paciente e familiares sobre os riscos e métodos de prevenção das quedas (OPSAHL *et al.*, 2017; AVANECEAN *et al.*, 2017; TZENG e YIN, 2009; JESKE *et al.*, 2006; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; KIM e MARIANO, 2014; LANCASTER *et al.*, 2007) e conhecer o histórico de quedas do paciente (STOECKLE *et al.*, 2019; AVANECEAN *et al.*, 2017; LANCASTER *et al.*, 2007).

A revisão dos medicamentos foi uma prática recomendada (ZHAO *et al.*, 2019; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; HUANG *et al.*, 2015; RHEAUME e FRUH, 2015; KIM e MARIANO, 2014; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; LANCASTER *et al.*, 2007), pois algumas classes medicamentosas podem ocasionar mal-estar nos pacientes. Assim é importante orientá-los sobre esses possíveis resultados indesejados (principalmente tonturas) (JESKE *et al.*, 2006; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; SHUEY e BALCH, 2014), minimizada com a saída progressiva do leito (SHUEY e BALCH, 2014; HUANG *et al.*, 2015; JESKE *et al.*, 2006).

O aconselhamento sobre o sapato adequado (antiderrapante) também foi bastante citado (RHEAUME e FRUH, 2015; STOECKLE *et al.*, 2019; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; AVANECEAN *et al.*, 2017; KIM e MARIANO, 2014; VIEIRA *et al.*, 2012; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; JESKE *et al.*, 2006; LANCASTER *et al.*, 2007).

Intervenções ambientais incluíram a utilização de leitos mais baixos e travados (RHEAUME e FRUH, 2015; STOECKLE *et al.*, 2019; AVANECEAN *et al.*, 2017; TZENG e YIN, 2009; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; LANCASTER *et al.*, 2007), a utilização das grades elevadas (RHEAUME e FRUH, 2015; AVANECEAN *et al.*, 2017; JOHNSON *et al.*, 2011; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; HUANG *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2012; TZENG e YIN, 2009; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; LANCASTER *et al.*, 2007), e a organização do ambiente (ZHAO *et al.*, 2019; JOHNSON *et al.*, 2011; STOECKLE *et al.*, 2019; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; VIEIRA *et al.*, 2012; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010; RHEAUME e FRUH, 2015; TZENG e YIN, 2009; JESKE *et al.*, 2006). O fato da diversidade de cabos, objetos e utensílios de saúde distribuídos no ambiente apareceram como fator de risco para as quedas.

Ademais, a iluminação do ambiente foi contemplada como importante para a prevenção de quedas, principalmente no trajeto entre o leito e o banheiro do paciente (SHUEY e BALCH, 2014; VIEIRA *et al.*, 2012; TZENG e YIN, 2009; JESKE *et al.*, 2006; LANCASTER *et al.*, 2007). A orientação sobre o uso de equipamentos de autoajuda para mobilidade (bengala, andador) (RHEAUME e FRUH, 2015; TZENG e YIN, 2009; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; AVANECEAN *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2012; TZENG e YIN, 2009) e também o uso de óculos e aparelhos auditivos foi mencionada como estratégia para a redução das quedas (RHEAUME e FRUH, 2015; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; OLIVER, HEALY, HAINES, 2010).

Entre as recomendações sobre o envolvimento do paciente, a predominante, corresponde à importância do paciente sempre solicitar ajuda, principalmente para uso do banheiro (ZHAO *et al.*, 2019; OPSAHL *et al.*, 2017; CHAN *et al.*, 2018; RHEAUME e FRUH, 2015; STOECKLE *et al.*, 2019; SPOELSTRA, GIVEN, GIVEN, 2012; SHUEY e BALCH, 2014; AVANECEAN *et al.*, 2017; HUANG *et al.*, 2015; KIM e MARIANO, 2014; FOISY, 2013; VIEIRA *et al.*, 2012; LANCASTER *et al.*, 2007), justificado pelo elevado índice de quedas no local. Alguns estudos sugerem que sejam programados horários para tal, o que pode contribuir para minimizar as quedas (ZHAO *et al.*, 2019; KIM e MARIANO, 2014; RHEAUME e FRUH, 2015; AVANECEAN *et al.*, 2017; JESKE *et al.*, 2006).

A solicitação de ajuda não deve ocorrer apenas nos momentos de higiene. Os estudos (ZHAO *et al.*, 2019; RHEAUME e FRUH, 2015; JOHNSON *et al.*, 2011) referem que é importante que o paciente compreenda que pedir ajuda não é um

problema ou um incômodo. Essa prática pode contribuir para a prevenção de quedas. Uma das orientações é que o paciente aproveite a oportunidade do profissional de saúde dentro do quarto para atender às suas necessidades (TZENG e YIN, 2009).

Com base nos achados da revisão de escopo, o quadro abaixo apresenta o conteúdo extraído sobre a prevenção de quedas e que será a base para a elaboração do material educativo.

**Quadro 13.** Conteúdo sobre a prevenção de quedas para elaboração do material educativo.

- Como as quedas podem ser evitadas?
- A avaliação do risco de queda deve ser feita diariamente pelo enfermeiro.
- Caso você tenha maior risco de cair deve receber uma pulseira de cor diferente ou deve ser escrito em uma placa no seu leito.
- Os profissionais de saúde devem orientar você sobre como evitar as quedas:
  - A campainha deve ser deixada ao seu alcance sempre.
  - Não tente sair da cama sozinho.
  - Nunca deixe de pedir ajuda quando precisar.
  - As grades do leito devem estar elevadas.
  - As camas precisam ser travadas.
  - Importante o uso de sapatos que não escorreguem.
- A equipe de saúde deve manter sempre o ambiente organizado:
  - Fios, cabos, suporte de soro, escada, mantido fora do seu caminho.
  - O ambiente deve estar claro: luzes acesas (exceto à noite enquanto você dorme).
  - Os seus itens pessoais devem ficar ao seu alcance.
  - Sempre guarde o que não estiver usando.
- O banheiro é um ambiente de risco para as quedas, por isso:
  - A equipe de enfermagem deve ajudar você para ir ao banheiro: usar o vaso sanitário, tomar banho ou limpar os dentes.
  - Na hora do banho, deixe os chinelos do lado de fora do banheiro para não molhar.
  - Podem ser programados horários para os profissionais de enfermagem acompanharem você no banheiro.
- Outras orientações para prevenir as quedas:

- A equipe de saúde deve ajudar você a sair da cama ou cadeira.
- Se precisar, saia lentamente do leito, aguarde sentado por 5 a 10 minutos e somente após esse tempo, saia da cama ou cadeira.
- O médico e o enfermeiro precisam orientar sobre os medicamentos que causam tonturas.
- O seu acompanhante também pode ajudar.
- Os profissionais estão à disposição para ajudar, por isso não deixe de chamar a equipe de saúde.

**Fonte:** elaborado pelo autor.

### 6.1.2 Identificação do Paciente

Os achados da revisão de escopo sobre a correta identificação do paciente, que tem o propósito de reduzir os incidentes em saúde, expuseram informações como a importância da conferência de ao menos 2 identificadores (de forma verbal), nome do paciente e o cruzamento desta informação com a pulseira de identificação, documento de identidade ou data de nascimento, antes da administração de todos os medicamentos (DOUGHERTY, SQUE, CROUCH, 2012; LATHAM *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2016b; HEMESATH *et al.*, 2015), coleta de sangue (MELKIE, GIRMA, TSALLA, 2014; LIPPI *et al.*, 2006; HEMESATH *et al.*, 2015) e outros testes (HEMESATH *et al.*, 2015), administração de dieta (SANTOS *et al.*, 2019), transfusões sanguíneas, punção venosa (LATHAM *et al.*, 2012; HEMESATH *et al.*, 2015) e demais procedimentos invasivos (HEMESATH *et al.*, 2015). Os pacientes inconscientes não são exceção neste caso, a conferência também deve ocorrer, mas com familiares, através do nome e documento de solicitação do procedimento (MELKIE, GIRMA, TSALLA, 2014).

Neste contexto, a pulseira de identificação é uma importante ferramenta na segurança do paciente (LATHAM *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2016b; HEMESATH *et al.*, 2015). A elaboração de protocolos de segurança do paciente (SANTOS *et al.*, 2019), padronização do processo de identificação (HEMESATH *et al.*, 2015) e envolvimento do paciente na revisão destes protocolos (DOUGHERTY, SQUE, CROUCH, 2012) podem contribuir para o processo de identificação correta nos serviços de saúde.

Assim, o quadro 14, expõe o conteúdo extraído nos estudos analisados.

**Quadro 14.** Conteúdo sobre a correta identificação do paciente para elaboração do material educativo.

- Como evitar falhas de identificação nos serviços de saúde?
- A confirmação de medicamentos, exames, dietas e procedimentos ajudam a prevenir falhas.
- Você deve estar identificado corretamente com uma pulseira.
- Confira sempre se o que está escrito na pulseira está correto ou peça a um familiar para fazer isso por você.
- Para evitar falhas, antes de qualquer procedimento é sempre importante o profissional conferir seu nome completo e mais algum dado seu como:
  - Nome da mãe ou;
  - Número do documento ou;
  - Número do seu prontuário.
- Antes de fazer os cuidados recomendados para você, os profissionais devem conferir se estão fazendo o cuidado certo no paciente certo:
  - Antes de todos os medicamentos: insulina, medicamentos na veia, no músculo, pela boca e outros;
  - Antes de exames de raio X, tomografia, ultrassonografia e outros;
  - Antes de exames de sangue (o seu nome completo deve estar correto nos frascos de sangue);
  - Antes de passar sondas e passar por outros cuidados, os profissionais devem conferir seu nome na pulseira;
  - Sua comida também deve estar com seu nome correto na bandeja. Antes de oferecer sua comida os profissionais devem checar se está correta.
- Mesmo que o profissional já conheça você é sempre importante conferir.

**Fonte:** elaborado pelo autor.

### 6.1.3 Segurança Medicamentosa

A abordagem da segurança dos medicamentos dos estudos incluídos teve como foco a educação aos pacientes e familiares, principalmente no momento da alta, recebendo destaque entre os resultados e contemplando aspectos como: o esclarecimento quanto ao nome do medicamento (BORGSTEEDE *et al.*, 2011;



MANNING *et al.*, 2007), objetivo (BORGSTEEDE *et al.*, 2011; MANNING *et al.*, 2007; TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012), dosagem (BORGSTEEDE *et al.*, 2011; TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012), data de início e término (BORGSTEEDE *et al.*, 2011), horários para administração (LIMA *et al.*, 2016; MANNING *et al.*, 2007; TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012), uso correto do medicamento, armazenamento, interações medicamentosas, adesão ao tratamento (LIMA *et al.*, 2016), possíveis reações adversas (LIMA *et al.*, 2016; TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012), instruções para ingestão e um esquema de administração (WALRATH e ROSE, 2008).

A alta também pode ser uma oportunidade para os pacientes e familiares esclarecerem suas dúvidas sobre os medicamentos (WALRATH e ROSE, 2008). Por isso a comunicação entre pacientes e equipe médica (WALRATH e ROSE, 2008; BROWN *et al.*, 2006) e de enfermagem (WALRATH e ROSE, 2008) precisa ser aprimorada. Para documentar, as instruções podem ser oferecidas por escrito aos pacientes e familiares (TEIXEIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2012), proporcionando inclusive melhor acompanhamento pelos médicos da comunidade (CAR *et al.*, 2017).

Todas as mudanças realizadas pelo médico na prescrição do paciente devem ser comunicadas, como a inserção de medicamentos novos, alterações de dosagens (MIRA *et al.*, 2014; BORGSTEEDE *et al.*, 2011) ou a interrupção do tratamento (BORGSTEEDE *et al.*, 2011). Assim como a orientação sobre os efeitos colaterais (PILEGGI *et al.*, 2018; BORGSTEEDE *et al.*, 2011; BROWN *et al.*, 2006; ALHUSAINI e MUBARAK, 2018; YOONG *et al.*, 2019) e sinais de complicações (CAR *et al.*, 2017).

Os elementos de identificação correta emergiram também nestes estudos, pois é direito do paciente questionar sobre o medicamento que está sendo administrado, participar do processo de conferência junto ao profissional (WALRATH e ROSE, 2008; YOONG *et al.*, 2019), solicitando a dupla checagem (SCHWAPPACH e WERNLI, 2011; WALRATH e ROSE, 2008).

A seguir, no quadro 15, estão expostas as informações relevantes aos pacientes, com base no que foi analisado.

**Quadro 15.** Conteúdo sobre a segurança medicamentosa para elaboração do material educativo.

- Como as falhas de medicação podem ser evitadas?

- Conhecer os medicamentos que está usando e aqueles que usará em casa é um direito seu.
- Os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmacêutico) devem orientar você sobre:
  - o tipo de medicamento que está usando;
  - para que serve;
  - as reações que pode causar;
  - a dosagem;
  - quantas vezes por dia deve usar.
- Os profissionais devem conferir junto a você, seu nome e documento de identidade, data de nascimento ou número do prontuário antes de receber a medicação. É seu direito.
- Tem dúvidas sobre como será após a alta?
- Os profissionais devem responder as suas dúvidas antes da alta, sobre:
  - a dosagem do medicamento prescrito;
  - o tempo de uso;
  - os horários para administração;
  - como e onde armazenar;
  - as reações que podem ocorrer;
  - os cuidados com o medicamento.
- Caso precise, as orientações podem ser oferecidas por escrito.
- Os profissionais precisam deixar claro a quem pedir ajuda caso você enfrente algum problema com o medicamento prescrito.

**Fonte:** elaborado pelo autor.

#### **6.1.4 Higiene das Mãos**

No tema higiene das mãos, há unanimidade quanto à importância da educação do paciente contemplar sobre a higiene das mãos como método de prevenção nos serviços de saúde. Entre as informações relevantes aos pacientes, estão aquelas direcionadas a conhecer os momentos de higiene das mãos dos profissionais e também sobre o seu papel na prevenção de infecções. Aos profissionais, é recomendado, portanto, que realizem a higiene das mãos: antes e depois do contato

com o paciente, antes de práticas assépticas, após o risco de exposição à fluidos corporais, e depois do contato com as proximidades do paciente (WAŁASZEK *et al.*, 2018; LANDERS *et al.*, 2012; NERI *et al.*, 2019).

Outros estudos abordaram sobre prática de higiene das mãos pelo paciente em momentos como: antes das refeições, depois de usar o banheiro ou a comadre; após retornar de exames ou procedimentos; antes de receber visitas e outros (POKRYWKA *et al.*, 2017; LANDERS *et al.*, 2012; NERI *et al.*, 2019).

A participação do paciente como monitor dos profissionais de saúde apareceu fortemente nos estudos. A proposta é que os pacientes se envolvam com os profissionais de saúde e questionem se a higiene das mãos foi realizada (BUSBY *et al.*, 2015; GARCIA-WILLIAMS *et al.*, 2010; WAŁASZEK *et al.*, 2018; MCGUCKIN e GOVEDNIK, 2013; ISTENES *et al.*, 2013; WU *et al.*, 2013; DAVIS *et al.*, 2012b; LANDERS *et al.*, 2012; YOONG *et al.*, 2019; BERGER *et al.*, 2014). Esta medida é importante para melhorar a adesão dos profissionais de saúde na prática de higiene das mãos e a segurança do paciente (BUSBY *et al.*, 2015; LANDERS *et al.*, 2012); e associou-se à melhor autoeficácia após implementação de estratégia educativa que incentivou a participação do paciente como monitor do profissional de saúde (GARCIA-WILLIAMS *et al.*, 2010).

Outra técnica interessante descrita foi o ato de agradecer. O objetivo é que o paciente que não se sente confortável em indagar o profissional de saúde, agradeça diante da higiene das mãos do profissional (MCGUCKIN e GOVEDNIK, 2013). Para melhorar essa prática, foi sugerido que os profissionais de saúde deem permissão explícita ao paciente para questioná-lo e assim, o paciente pode aderir mais facilmente à esta estratégia (MCGUCKIN e GOVEDNIK, 2013).

O quadro abaixo, apresenta o conteúdo extraído dos estudos analisados.

**Quadro 16.** Conteúdo sobre a prática de higiene das mãos para elaboração do material educativo.

- Como evitar infecções nos serviços de saúde?
- Todos os profissionais devem higienizar as mãos antes de tocar em você.
- A higiene das mãos deve ser realizada por todos os profissionais.
- Os momentos adequados são antes e depois de:
  - Tocar cada paciente;
  - Fazer uma injeção;

- Oferecer a medicação;
  - Mexer no soro;
  - Oferecer a dieta;
  - Trocar a fralda, comadre ou papagaio;
  - Ajudar o paciente no banho;
  - Ajudar o paciente no banheiro;
  - Tocar na cama, lençol, escrivaninha, suporte de soro.
- Observe ou pergunte ao profissional se ele higienizou as mãos. É seu direito.
  - E você, já higienizou as mãos hoje?
  - A higienização das suas mãos nesses momentos também é importante para evitar infecções.
  - Os profissionais de saúde devem orientar você a lavar das mãos, praticamente nos mesmos momentos que faz em casa:
    - Quando as mãos estiverem sujas;
    - Antes de comer;
    - Antes de tomar remédios ou colocar qualquer coisa na boca;
    - Depois de usar o banheiro ou a comadre;
    - Após tossir, espirrar ou tocar o nariz ou a boca;
    - Antes de tocar em curativos, feridas, sonda, acesso venoso;
    - Depois de retornar de exames ou procedimentos;
    - Antes e depois de receber visitas.

**Fonte:** elaborado pelo autor.

### **6.1.5 Validação de Conteúdo do Livreto Educativo**

Os 5 peritos da área de interesse, contemplaram em sua totalidade enfermeiros (100%), do sexo feminino (100%), caracterizados a seguir:

- Perito 1: doutor em enfermagem, com experiência docente (15 anos);
- Perito 2: doutor em enfermagem, com experiência em pesquisa sobre a segurança do paciente e educação em saúde (2 anos), Núcleo de Segurança do Paciente (1 ano e 7 meses), qualidade em saúde (7 meses) e docência (1 ano e 5 meses);

- Perito 3: mestre enfermeiro, com experiência em qualidade em saúde (10 anos), Núcleo de Segurança do Paciente (4 anos), pesquisa sobre a segurança do paciente e educação em saúde (4 anos), docência (4 anos) e clínica hospitalar (15 anos);
- Perito 4: mestre enfermeiro, com experiência em qualidade em saúde (2 anos), Núcleo de Segurança do Paciente (7 meses), educação permanente/continuada (1 ano), docência (5 anos) e clínica hospitalar (4 anos).
- Perito 5: mestre enfermeiro, com experiência em educação permanente/continuada (18 anos), docência (18 anos) e pesquisa na área de segurança do paciente e educação em saúde (18 anos).

Os peritos foram convidados a participar da pesquisa, mediante carta convite explicativa (Apêndice 7), em que foram previamente informados em relação aos objetivos do estudo e no que consistia a sua participação. Com o aceite, foi encaminhando e assinado o TCLE (Apêndice 3), o formulário utilizado para avaliação do livreto educativo (Apêndice 4), e o próprio livreto.

O formulário de avaliação encaminhado aos peritos para avaliação de conteúdo utilizou escala tipo Likert com pontuação de 1 a 4, sendo: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = pouco relevante (item necessita de grande revisão para ser representativo); 3 = relevante (item necessita de pequena revisão para ser representativo); 4 = item relevante ou representativo. Os peritos também puderam descrever observações quando julgaram necessário ou fazer acréscimos, sugestões ou justificar a pontuação escolhida para cada item.

As informações profissionais dos peritos e os dados referentes à validação do livreto educativo foram organizados no software *Excel*, indicando as respostas atribuídas para cada item do livreto e as observações pertinentes.

Foram sugeridas alterações quanto à:

- cor das letras (optar por cores mais fortes);
- alterações de palavras para sinônimos mais conhecidos;
- adaptações de alguns desenhos;

- inclusão da descrição de alguns conceitos (risco de queda e identificação correta);
- enfatizar a importância dos pacientes e acompanhantes serem corresponsáveis pela própria segurança;
- inclusão de elementos como: antissepsia das mãos com álcool à 70%, higiene das mãos antes e depois da verificação dos sinais vitais, pulseira de identificação de alergias e conciliação medicamentosa.

Todas as sugestões foram analisadas pelos pesquisadores e a maioria delas consideradas na versão final do livreto educativo (Apêndice 6).

Por fim, para calcular o índice de validade de conteúdo, foi realizada a divisão do número total de itens considerados como relevantes pelos peritos (itens 3 ou 4) pelo número total de itens do livreto educativo, que resultou no IVC de 0,98, demonstrando a concordância dos peritos com o material proposto.

## 6.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Serão apresentados neste subcapítulo, os resultados referentes ao quase-experimento e a caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos e clínicos.

Um total de 1489 pacientes internados na enfermaria de clínica médica do hospital HU-UFSCar e enfermarias de clínica médica e cirúrgica do hospital Santa Casa de Araraquara foram selecionados para elegibilidade entre os meses de Maio e Setembro de 2021 e 164 preencheram os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Com a perda de seguimento de 3,65% dos pacientes (n=6), constituíram a amostra final 158 participantes. Deste quantitativo, 79 compuseram o grupo controle e 79 o grupo intervenção.

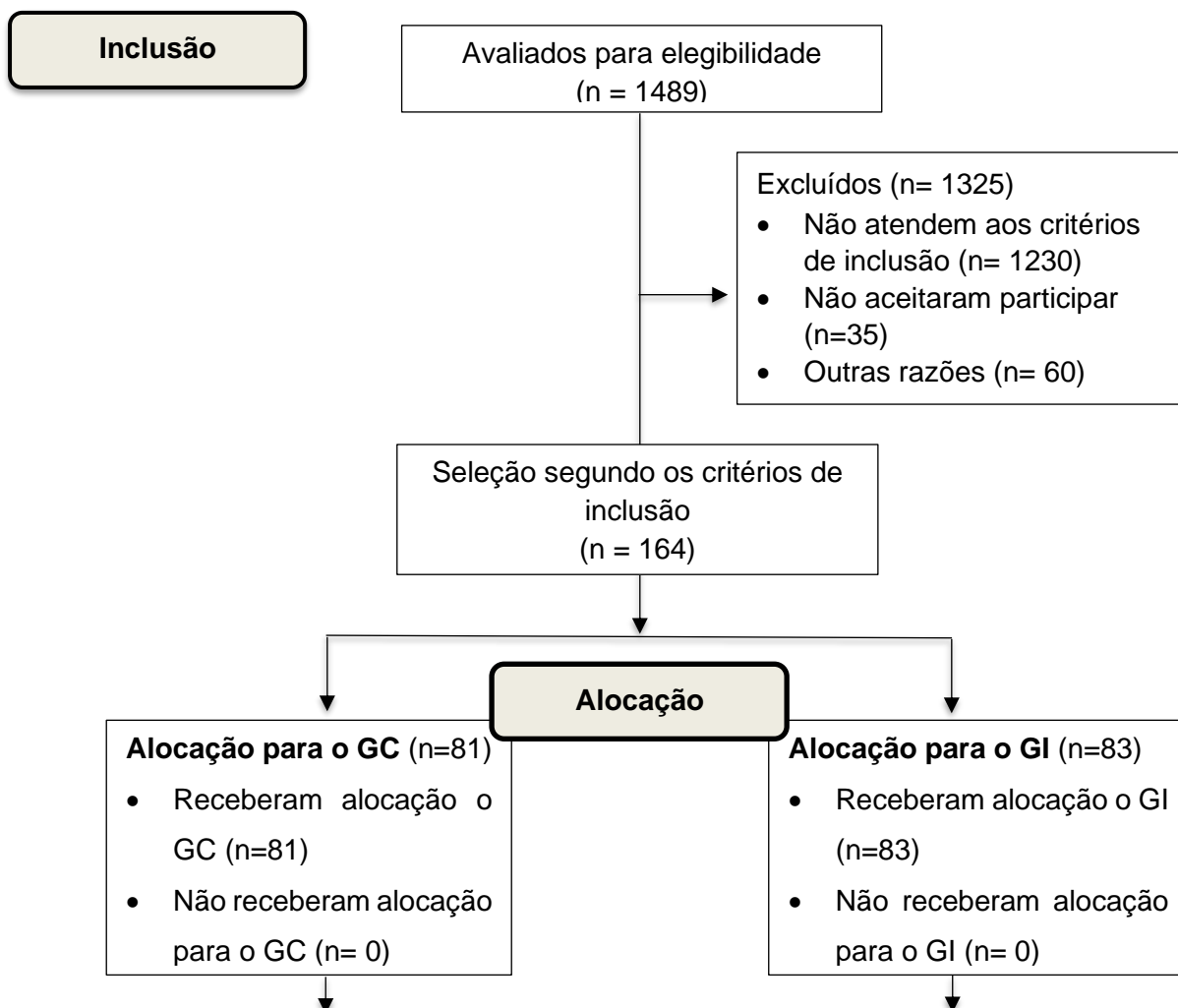
A amostra foi composta por 72% de pacientes internados na Santa Casa de Misericórdia de Araraquara e 28% no HU-UFSCar. Todos os participantes incluídos no grupo intervenção (n=83) participaram da intervenção educativa sobre segurança do paciente, porém 4 (4,81%) destes não completaram o quase-experimento, pois não participaram do momento de reaplicação dos instrumentos (M<sub>2</sub>). No grupo controle, 81 pacientes participaram do primeiro encontro (M<sub>0</sub>), respondendo aos

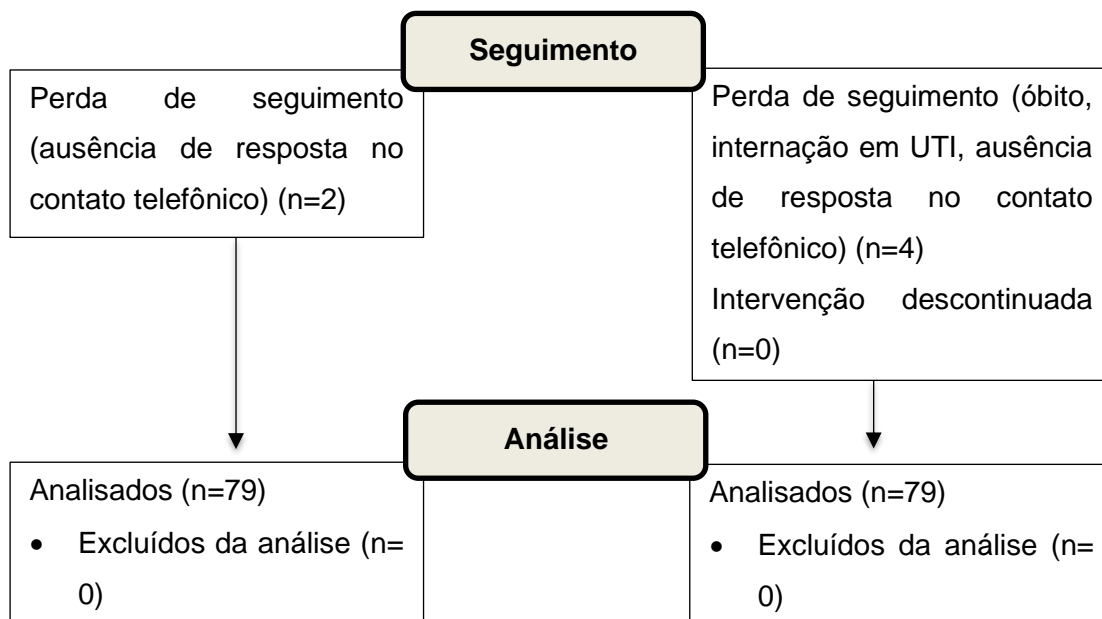
questionários e 2 (2,46%), também não completaram a participação no segundo momento.

Os motivos das perdas de seguimento foram: ligação telefônica não atendida para os pacientes que tiveram alta hospitalar antes da reaplicação dos instrumentos EAGP e EACAC. A chamada foi considerada não atendida somente apenas após três tentativas de contato telefônico sem sucesso, em diferentes horários do dia, até 96 horas após a intervenção educativa para o GI ou até 96 horas após o Momento<sub>0</sub> para o GC. Outros motivos incluíram o óbito de 1 paciente 24 horas após ter sido realizada a intervenção educativa e 1 transferência para Unidade de Terapia Intensiva (paciente foi encaminhado novamente para a enfermeira apenas após 10 dias da intervenção educativa, culminando a perda de seguimento).

A figura 4 expõe os dados referentes ao processo de inclusão, seleção, alocação, seguimento e análise dos participantes.

**Figura 4:** Fluxograma de acompanhamento dos participantes quanto à inclusão, seleção, alocação, seguimento e análise.





Fonte: MOHER *et al.* (2010).

### 6.2.1 Variáveis Sociodemográficas e Clínicas: grupos controle e intervenção

A caracterização dos participantes quanto a idade, gênero, estado civil, escolaridade e renda salarial média dos grupos controle e intervenção está apresentada na Tabela 3. É possível observar que não existe associação entre as características sociodemográficas e o grupo ( $p > 0,05$ ). Isso significa dizer que a composição dos GC e GI em relação à idade, gênero, estado civil, escolaridade e renda tem as mesmas características.

**Tabela 3:** Análise descritiva e comparação dos grupos controle e intervenção quanto aos dados sociodemográficos.

Categoria	Grupo			Valor p*
	Controle (n = 79)	Intervenção (n = 79)	Total	
<i>Idade</i>				
18-24	12,7%	10,1%	11,4%	0,543
25-39	12,7%	22,8%	17,7%	
40-59	39,2%	36,7%	38,0%	
60-79	32,9%	29,1%	31,0%	
80 ou +	2,5%	1,3%	1,9%	
<i>Gênero</i>				
Feminino	51,9%	43,0%	47,5%	0,265
Masculino	48,1%	57,0%	52,5%	
<i>Estado Civil</i>				
Casado	43,0%	50,6%	46,8%	0,207
Divorciado	8,9%	12,7%	10,8%	
Solteiro	24,1%	25,3%	24,7%	



União estável	13,9%	3,8%	8,9%	
Viúvo	10,1%	7,6%	8,9%	
<i>Escolaridade</i>				
EFC	32,9%	16,5%	24,7%	0,161
EFI	24,1%	22,8%	23,4%	
EMC	22,8%	39,2%	31,0%	
EMI	11,4%	11,4%	11,4%	
ESC	3,8%	3,8%	3,8%	
ESI	5,1%	6,3%	5,7%	
<i>Renda Salarial Média</i>				
Inferior a 1 SM	8,9%	5,1%	7,0%	0,577
1-3 SM	83,5%	87,3%	85,4%	
4-6 SM	6,3%	7,6%	7,0%	
7-9 SM	1,3%	0%	0,6%	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** \*Teste Qui Quadrado

A apresentação dos dados clínicos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, outros antecedentes) e pessoas do convívio, dos GC e GI encontram-se na Tabela 4.

**Tabela 4:** Análise descritiva e comparação dos grupos controle e intervenção quanto aos dados clínicos e pessoas do convívio.

<b>Categoria</b>	<b>Grupo</b>			<b>Valor p*</b>
	Controle (n = 79)	Intervenção (n = 79)	Total	
<i>Hipertensão Arterial</i>				
Não	55,7%	62,0%	58,9%	0,419
Sim	44,3%	38,0%	41,1%	
<i>Diabetes Mellitus</i>				
Não	60,8%	82,3%	71,5%	<b>0,003</b>
Sim	39,2%	17,7%	28,5%	
<i>Outros antecedentes</i>				
Não	74,7%	89,9%	82,3%	<b>0,012</b>
Sim	25,3%	10,1%	17,7%	
<i>Convívio com companheiro</i>				
Não	48,1%	43,0%	45,6%	0,523
Sim	51,9%	57,0%	54,4%	
<i>Convívio com filhos</i>				
Não	63,3%	57,0%	60,1%	0,417
Sim	36,7%	43,0%	39,9%	
<i>Convívio com netos</i>				
Não	89,9%	93,7%	91,8%	0,385
Sim	10,1%	6,3%	8,2%	
<i>Vive só</i>				
Não	81,0%	89,9%	85,4%	0,114
Sim	19,0%	10,1%	14,6%	
<i>Convívio com outros</i>				
Não	75,9%	70,9%	73,4%	0,471

Sim	24,1%	29,1%	26,6%
-----	-------	-------	-------

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** \*Teste Qui-quadrado

No caso dos resultados acima, a associação se confirmou nas variáveis antecedentes de diabetes ( $p = 0,003$ ) cuja doença foi mais frequente no grupo controle (39,2%) do que no grupo intervenção (17,7%). Também existe associação entre o grupo e a existência de outros antecedentes ( $p = 0,012$ ), pois 25,3% do grupo controle possui outros antecedentes, em comparação com 10,1% do grupo intervenção. Os outros antecedentes incluíram: câncer, hipotireoidismo, cardiopatias, enfisema pulmonar, anemia, vírus da imunodeficiência humana, transtornos mentais, obesidade, neuropatia diabética, paraplegia/paralisia, cirrose hepática, varizes esofágicas, sífilis, diverticulite, insuficiência renal crônica e afecções vasculares.

### 6.2.2 Efetividade da Intervenção Educativa em Segurança do Paciente sobre o Autocuidado e a Autoeficácia dos Pacientes

Para avaliar a efetividade da intervenção educativa em Segurança do Paciente sobre o autocuidado e autoeficácia, foram utilizados os instrumentos EAGP e EACAC; as respostas foram analisadas inicialmente quanto à confiabilidade do instrumento, que deve ser medida pelo Alpha de Cronbach. Nesse estudo, os dois instrumentos nos dois momentos de avaliação tiveram coeficientes dentro do limite aceitável: EAGP (0,803 e 0,811) e EACAC (0,906 e 0,930); pois quanto mais próximo de 1, maior é a confiabilidade do instrumento (TERWEE *et al.*, 2007).

A efetividade da intervenção educativa em segurança do paciente foram avaliados com análise em dois momentos ( $M_0$  e  $M_2$ ) e dois grupos (GC e CI), utilizando o Modelo Linear Generalizado - GEE. Nesse tipo de análise, pode-se avaliar ao mesmo tempo, o efeito do grupo ao qual se pertence e ao tempo de avaliação.

**Tabela 5:** Resultados do GEE para EACAC.

	Qui-quadrado de Wald	Valor p
(Intercepto)	347125,945	0,000
Grupo	11,878	<b>0,001</b>
Momento	2,519	0,112
Grupo * Momento	1,130	0,288

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** Variável Dependente: EACAC  
Modelo: (Intercepto), Grupo, Momento, Grupo \* Momento

Os dados comprovam que não existe uma interação grupo e o momento ( $p = 0,288$ ) ou seja, não existe uma diferença nos níveis de autocuidado (EACAC) quando criamos 4 perfis distintos: grupo controle no momento<sub>0</sub>, grupo controle no momento<sub>2</sub>, grupo intervenção no momento<sub>0</sub> e grupo intervenção no momento<sub>2</sub>.

Ao comparar os dois momentos de maneira global (sem fazer distinção de grupos) não existe diferença entre ambos ( $p = 0,112$ ). Isso significa que, isoladamente, o efeito tempo não é significativo. No entanto, quando se comparam grupos (sem fazer distinção do momento) a diferença estatística existe ( $p = 0,001$ ). As descritivas estão apresentadas na Tabela 7.

**Tabela 6:** Estimativas de EACAC para grupos e para momentos.

	Mediana	Q1 - Q3	valor p
Momento <sub>0</sub>	91	(84 - 96,3)	0,112
Momento <sub>2</sub>	93,5	(84 - 97)	
Grupo Controle	90	(83-96)	<b>0,001</b>
Grupo intervenção	94	(88 - 102,5)	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

O grupo intervenção obteve maior pontuação em EACAC indicando que esse tem um maior nível de autocuidado que o grupo controle independente da questão do momento. A tabela 8 apresenta as estimativas específicas dos grupos controle e intervenção antes e após a intervenção educativa, demonstrando a interação grupo e momento de coleta de dados.

**Tabela 7:** Estimativas de EACAC para grupos intervenção e controle.

		Mediana	Q1 - Q3	valor p
Controle	Momento <sub>0</sub>	88	(83 - 95)	0,288
	Momento <sub>2</sub>	92	(83 - 96)	
Intervenção	Momento <sub>0</sub>	93	(85 - 99)	
	Momento <sub>2</sub>	95	(90 - 112)	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** \*Valor da interação entre grupo e tempo

O mesmo processo apresentado para a variável autocuidado (EACAC) está

apresentado a seguir para a variável EAGP que avalia a autoeficácia.

**Tabela 8:** Resultados do GEE para EAGP.

	Qui-quadrado de Wald	valor p
(Intercepto)	204278,202	0,000
Grupo	4,552	<b>0,033</b>
Momento	4,947	<b>0,026</b>
Grupo * Momento	0,038	0,845

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** Variável Dependente: EAGP

Modelo: (Intercepto), Grupo, Momento, Grupo \* Momento

O modelo acima comprova que não existe uma interação grupo e momento ( $p = 0,845$ ) ou seja, não existe uma diferença nos níveis de autoeficácia (EAGP) quando criamos 4 perfis distintos: grupo controle no momento<sub>0</sub>, grupo controle no momento<sub>2</sub>, grupo intervenção no momento<sub>0</sub> e grupo intervenção no momento<sub>2</sub>.

No entanto, quando avaliamos os grupos (sem considerar o fator momento) existe diferença significativa entre ambos ( $p = 0,033$ ). O mesmo acontece quando avaliamos os dois momentos (sem considerar o fator grupo) ( $p = 0,026$ ).

**Tabela 9:** Estimativas de EAGP para grupos e para momentos.

	Mediana	Q1 - Q3	valor p
Momento <sub>0</sub>	36	(32 - 39)	<b>0,026</b>
Momento <sub>2</sub>	37	(34 - 39,3)	
Grupo Controle	36	(32 - 39)	<b>0,033</b>
Grupo intervenção	37	(34 - 39)	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

No momento<sub>2</sub>, os resultados são estatisticamente maiores e no grupo intervenção os resultados são estatisticamente maiores que no grupo controle. A tabela 10 detalha as estimativas de cada grupo e o momento de coleta de dados antes e após a intervenção educativa.

**Tabela 10:** Estimativas de EAGP para grupos controle intervenção.

		Mediana	Q1 - Q3	valor p*
Controle	Momento <sub>0</sub>	36	(31 - 38)	0,845
	Momento <sub>2</sub>	37	(33 - 39)	

Intervenção	Momento <sub>0</sub>	36	(33 - 39)
	Momento <sub>2</sub>	37	(35 - 40)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** \*Valor da interação entre grupo e tempo

Esses resultados implicam que o fator tempo tem uma atuação de maneira global nos resultados, ou seja, indistintamente, todos melhoram seus resultados. Da mesma forma, consideramos que os grupos de maneira geral são diferentes independente do momento em que se encontram, ou seja, não é necessariamente o fator momento de coleta de dados que implica nessa diferença.

### 6.2.3 Associação entre as Características Sociodemográficas e Clínicas e os Níveis de Autoeficácia e Autocuidado

As variáveis sociodemográficas e clínicas também foram analisadas a fim de obter a associação com os resultados dos níveis de autocuidado e autoeficácia. Tal comparação ocorreu com os resultados referentes ao 2º momento de coleta de dados (reaplicação dos instrumentos).

As variáveis autocuidado e autoeficácia apresentaram distribuição não normal ( $p < 0,05$ ) e em virtude disso, no caso das comparações de grupos, mostram os valores de mediana e quartil e a comparação através do teste de Mann Whitney. Valores de  $p$  acima de 0,05 indicam que não há diferença de autocuidado e/ou autoeficácia entre as diferentes classes das variáveis. Exemplificando com a variável gênero, tanto o feminino quanto o masculino, possuem a mesma percepção de autocuidado ( $p = 0,972$ ) e autoeficácia ( $p = 0,112$ ).

No caso do GC não houve diferença estatisticamente significativa na comparação de autocuidado e autoeficácia no 2º momento de coleta de dados quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas. Os resultados referentes ao GI estão apresentados na Tabela 5.

**Tabela 11:** Comparação de autocuidado e autoeficácia no momento<sub>2</sub> no grupo intervenção por variáveis sociodemográficas (n = 79).

Idade*	Mediana (Q1 - Q3)			
	Autocuidado	valor p	Autoeficácia	valor p
18-24	93,5 (92 - 109)	0,607	36,5 (34 - 39,8)	0,822
25-39	95 (88,8 -		36,5 (35 - 39,3)	

	105,8)			
40-59	92 (90 - 98)		38 (35 - 40)	
60-79	97 (89 - 116)		39 (34 - 40)	
<i>Gênero**</i>				
Feminino	94,5 (89,8 - 112,3)	0,972	35,5 (34,8 - 39,3)	0,112
Masculino	95 (90 - 112,5)		38 (35,5 - 40)	
<i>Estado Civil**</i>				
Sem companheiro	95 (89,3 - 113,8)	0,715	37 (34,3 - 40)	0,83
Com companheiro	94 (90 - 105)		37 (35 - 40)	
<i>Escolaridade*</i>				
EF	95 (92 - 114)		38 (35 - 40)	
EM	95 (89,3 - 111)	0,051	37,5 (35 - 40)	0,151
ES	90 (79,8 - 92)		35 (34,3 - 36,8)	
<i>Renda Salarial média*</i>				
Inferior a 1 SM	100 (60,8 - 119)		35 (30,3 - 39)	
1-3 SM	94 (90 - 110)	0,854	37 (35 - 40)	0,242
4-6 SM	96,5 (87,5 - 116)		36 (30,8 - 38,3)	
<i>Hipertensão arterial**</i>				
Não	94 (90,5 - 99,5)		37 (35 - 39)	
Sim	95,5 (88 - 115,3)	0,554	39 (34 - 40)	0,255
<i>Diabetes Mellitus**</i>				
Não	95 (90,5 - 110)		38 (35 - 40)	
Sim	93 (84,8 - 113,8)	0,837	35 (29,3 - 40)	0,126
<i>Outros antecedentes**</i>				
Não	95 (90 - 113)		38 (35 - 40)	
Sim	94,5 (82 - 96,8)	0,531	35 (34 - 37)	0,115
<i>Convívio com companheiro**</i>				
Não	93,5 (87,3 - 99,8)	0,153	36 (34 - 39,3)	0,075
Sim	96 (90 - 113,5)		38 (35 - 40)	
<i>Convívio com filhos**</i>				
Não	94 (88,5 - 112,5)	0,212	36 (34 - 39,5)	<b>0,018</b>
Sim	96 (92 - 109,3)		39 (36,8 - 40)	
<i>Convívio com netos**</i>				
Não	94,5 (90 - 109)	0,650	37 (35 - 40)	0,380
Sim	112 (83 - 116)		40 (34,5 - 40)	
<i>Vive só**</i>				
Não	94 (90 - 112)		37 (35 - 40)	
Sim	95 (91,3 - 109,8)	0,690	37,5 (34,8 - 39,8)	0,817
<i>Convívio com outros**</i>				

Não	96 (91 - 114)	<b>0,008</b>	38 (35 - 40)	<b>0,015</b>
Sim	92 (84 - 96)		35 (33 - 38)	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Legenda:** \*Teste Kruskal Wallis; \*\*Teste de Mann Whitney

Separados os indivíduos que participaram do grupo intervenção e avaliando suas respostas sobre autocuidado e autoeficácia no momento<sub>2</sub> temos os resultados apresentados na Tabela 5. Em relação ao convívio com os filhos, a autoeficácia foi maior entre os que convivem com filhos ( $p = 0,018$ ).

Em relação ao convívio com os outros, existe diferença no autocuidado ( $p = 0,008$ ) e na autoeficácia ( $p = 0,015$ ). Os maiores valores estão no grupo dos que não convivem com outros. A convivência com outras pessoas compreendeu: avós, pais, irmãos, sobrinhos, genro/cunhada, padrasto/madrasta, sogros e enteados.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 DISCUSSÃO DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMÓGRÁFICA E CLÍNICA E SUAS ASSOCIAÇÕES COM O AUTOCUIDADO E AUTOEFICÁCIA

O presente estudo é o primeiro desenvolvido e divulgado até o momento que avaliou a efetividade de uma intervenção educativa em segurança do paciente e suas relações com o autocuidado e autoeficácia, bem como as associações existentes entre as características sociodemográficas e clínicas nos níveis de autoeficácia e autocuidado. Os resultados demonstraram características semelhantes ( $p > 0,05$ ) entre os participantes do grupo controle e intervenção, comprovando a homogeneidade da amostra na linha de base quanto aos aspectos sociodemográficos (idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda e pessoas de convívio).

Nos participantes desta pesquisa houve predomínio do gênero masculino (52,5%) com idade entre 40 e 59 anos (38%), estado civil casado (46,8%) e convivência familiar com o companheiro (54,4%). Este achado é consistente com outros estudos que apresentam uma amostra de participantes majoritariamente do gênero masculino (SEE *et al.*, 2014; SHIN *et al.*, 2021; CAVICCHIOLI *et al.*, 2019), de adultos jovens e meia idade (SEE *et al.*, 2014).

No entanto, nos meses de Maio a Setembro de 2021, a morbidade hospitalar no SUS nos municípios em que foi realizada a coleta de dados, contemplou 44% das internações do gênero masculino e 56% do gênero feminino (BRASIL, 2021). Presume-se que os homens obtiveram melhores condições clínicas para responder aos questionamentos da pesquisa e participar da intervenção educativa, culminando em uma amostra composta com maior porcentagem do gênero masculino.

Quanto à escolaridade, 48,1% dos participantes apresentaram o nível fundamental completo ou incompleto. O estudo de Macedo *et al.* (2017), que avaliou a adesão e empoderamento de pacientes com diabetes para as práticas de autocuidado, demonstrou a predominância do ensino fundamental incompleto, semelhante a esta pesquisa. Diferente do exposto, See *et al.* (2014) obteve a maioria dos participantes com o nível secundário completo de escolaridade.

Dados do IBGE (2020) apontam para a realidade da escolaridade brasileira de adultos acima dos 25 anos de idade. No censo, 32,2% da população possui o ensino fundamental incompleto, 8%, o ensino fundamental completo, 27,4%, o ensino médio



completo e apenas 17,4%, o ensino superior completo. Os dados apresentados são compatíveis aos achados desta pesquisa, demonstrando a baixa escolaridade da população em geral.

A renda salarial média referida estava entre 1 e 3 salários-mínimos em 85,4% da amostra e 7% inferior à 1 salário-mínimo. Em consonância com os achados da pesquisa, a síntese dos indicadores sociais do IBGE (2021) revelou rendimento domiciliar per capita médio de 1349 reais. Sobre as pessoas de convívio na mesma residência, 54,4% referiram conviver com o companheiro, 39,9% com os filhos, 8,2% com os netos, 14,6% sozinhos e 26,6% com outros. Condizente com este estudo, dados do Censo Demográfico do ano de 2010, apontam uma média de 3,3 moradores por domicílio no Brasil e 3,2 moradores por domicílio no estado de São Paulo (IBGE, 2010).

Destaca-se que os fatores sociodemográficos como a idade, gênero, escolaridade, renda e ocupação podem influenciar no letramento em saúde, que envolve o conhecimento, motivação, habilidades e competências de cada indivíduo para compreender e utilizar as informações que recebe em seu cotidiano nos serviços de saúde (SORENSEN *et al.*, 2012). Além disso, pode influenciar na autoavaliação dos usuários dos serviços de saúde quanto a sua própria saúde (WHO, 2013b).

Adams *et al.* (2003), que avaliou as barreiras para o automonitoramento da glicemia de pacientes diabéticos, identificou que o menor nível socioeconômico e a idade mais avançada estavam associados com menor adesão à terapia com insulina e automonitoramento frequente da glicose no sangue.

Contudo, os resultados da pesquisa não indicaram diferença estatisticamente significativa, ou seja, não encontrou associação entre as variáveis sociodemográficas com o autocuidado e autoeficácia dos pacientes no GC e GI. As variáveis idade, gênero, estado civil, escolaridade e renda salarial parecem não ter influenciado a autoeficácia e autocuidado dos pacientes após a intervenção educativa.

O nível de escolaridade elevado, no estudo de Tol *et al.* (2013), esteve associado ao aumento da autonomia, autoeficácia e empoderamento dos pacientes. Tanqueiro (2013) mencionou a idade, gênero, incapacidade funcional, conhecimento sobre a doença como fatores que podem afetar o autocuidado.

Estudo de Dodt *et al.* (2013) também observou associação significativa da autoeficácia após intervenção educativa com as variáveis sociodemográficas idade, estado civil, número de moradores na casa, renda familiar.

As diferenças encontradas neste estudo quanto as variáveis sociodemográficas, o autocuidado e a autoeficácia podem estar relacionadas ao perfil dos pacientes internados, o tipo de intervenção educativa realizada e o tempo entre o primeiro contato e a reavaliação dos participantes.

Os achados deste estudo também evidenciam a relevância da intervenção educativa sobre segurança do paciente, pois, infere-se ter atendido às singularidades dos participantes da pesquisa independente da sua escolaridade, renda, idade, gênero e estado civil. Os participantes parecem ter compreendido os pressupostos da ação educativa em segurança do paciente de forma que os fatores sociodemográficos não determinaram os resultados do autocuidado e autoeficácia.

Como a segurança do paciente é transversal a todas as linhas de cuidado, é imprescindível que as ações educativas atendam às singularidades dos pacientes e se aproximem da sua realidade.

As únicas diferenças estatisticamente significativas encontradas nos fatores sociodemográficos foram relacionadas primeiramente ao convívio com os filhos, com resultados maiores de autoeficácia no GI ( $p=0,018$ ) e também ao convívio com outras pessoas, com maiores resultados de autocuidado ( $p = 0,008$ ) e autoeficácia ( $p = 0,015$ ) nos participantes do GI, que não tinham essa convivência. No grupo controle não há diferença estatisticamente significativa para tais variáveis.

Estudos anteriores mostraram associações positivas da conexão familiar (DUTRA-THOMÉ *et al.*, 2017) e suporte familiar (BAPTISTA, ALVES e SANTOS, 2008) com as variáveis autoeficácia ((DUTRA-THOMÉ *et al.*, 2017; BAPTISTA, ALVES e SANTOS, 2008) e autoestima (DUTRA-THOMÉ *et al.*, 2017). Baptista, Alves e Santos (2008) correlacionaram o aumento da autoeficácia ao carinho, interesse e comunicação adequada no contexto familiar. De acordo com os resultados deste estudo, o convívio com os filhos esteve associado a melhores escores de autoeficácia, assim, pode-se presumir, que a conexão e suporte familiar, nesse caso, esteja relacionada à presença dos filhos.

Karimy, Koohestani e Araban (2018) afirmam que o autocuidado está relacionado com a autoeficácia, suporte social e atitude em relação ao autocuidado de pacientes com diabetes. O suporte social foi identificado como importante preditor para comportamentos de autocuidado.

Confirmando o exposto, esta pesquisa também encontrou associação positiva do convívio com os filhos e o aumento da autoeficácia; porém inverso ao apresentado

pelos estudos (DUTRA-THOMÉ *et al.*, 2017; BAPTISTA, ALVES e SANTOS, 2008; KARIMY, KOOHESTANI e ARABAN, 2018), a convivência com outros obteve correlação negativa com os níveis de autocuidado e autoeficácia. Infere-se que esteja associada à composição e organização familiar, pois compreendeu a convivência com avós, pais, irmãos, sobrinhos, genro/cunhada, padrasto/madrasta, sogros e enteados, assim, diferentes pessoas dentro do mesmo domicílio parecem influenciar negativamente os níveis autocuidado e a autoeficácia.

Sugere-se, inclusive, que os educadores em saúde considerem esses fatores, autocuidado, autoeficácia e apoio social, no planejamento de suas atividades de promoção da saúde, a fim de atender às necessidades singulares de cada população (KARIMY, KOOHESTANI e ARABAN, 2018).

No que diz respeito aos dados clínicos avaliados na linha de base, os resultados demonstraram características semelhantes quanto à presença de hipertensão arterial entre os participantes do grupo controle e intervenção. Houve associação nas variáveis antecedentes de diabetes e a existência de outros antecedentes de saúde. Em ambas, as doenças foram mais frequentes no grupo controle do que no grupo intervenção.

No Brasil, dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) publicados em 2021, junto ao Ministério da Saúde, estimou a frequência de 8,5% de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes e 27,3% de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no estado de São Paulo (BRASIL, 2021b).

Na Atenção Primária à Saúde, no estado de São Paulo, o percentual de pessoas cadastradas no ano de 2020, com hipertensão arterial sistêmica era de 26,7% e 35% de pessoas com diabetes mellitus. Os números de internações por essas doenças em 2019 apontam 52 mil ocasionadas pela hipertensão arterial e 136 mil por diabetes (BRASIL, 2020).

Na pesquisa de Borges e Seidl (2013), participantes que neste caso contemplavam idosos do gênero masculino, apresentavam ao menos 1 doença crônica e em média 3 agravos à saúde com predominância do diabetes e doenças cardiovasculares.

Com relação a outros antecedentes de morbidade, no estudo de See *et al.* (2014) cerca de 78% dos respondentes relataram ter história médica pregressa e 52,2% já foram hospitalizados. Cho e Lee (2021) descrevem também uma amostra

com 54,2% dos pacientes com número de hospitalizações anteriores.

Observa-se, dessa forma, a compatibilidade dos demais estudos com os achados desta pesquisa, demonstrando a elevada incidência principalmente dos antecedentes de diabetes e hipertensão arterial. Infere-se, inclusive, que a porcentagem de participantes com esses agravos nesta pesquisa foram ainda mais elevados do que apontado por documentos técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020; 2021b), isso porque provavelmente os pacientes que precisam mais de internação são aqueles que já apresentam doenças prévias.

Assim, apesar da presença de diabetes e outros antecedentes de saúde ser mais frequente no GC do que no GI, os resultados da pesquisa apontaram que não houve associação ou influência das variáveis clínicas com o autocuidado e autoeficácia dos pacientes após a intervenção educativa.

A autoeficácia afeta a motivação e o comportamento de pacientes com diabetes segundo Mohebi *et al.* (2013), bem como a vontade e capacidade para se comprometer com a mudança necessária à gestão da sua saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019). Portanto, indivíduos com baixa autoeficácia tendem a ter menos controle sobre a doença, o que pode influenciar nas práticas de autocuidado (MOHEBI *et al.*, 2013). Entende-se, dessa forma, que apenas a presença do diabetes não seja determinante para a melhoria ou déficit nos índices de autocuidado e autoeficácia. Na verdade, a autoeficácia e autocuidado que parecem afetar os resultados de intervenções educativas que avaliaram essas variáveis (ALMEIDA *et al.*, 2019; MACEDO *et al.*, 2017; CHO e LEE, 2021).

A autoeficácia dos indivíduos com diabetes envolve aspectos psicossociais, de satisfação e prontidão para mudar e conseguir determinar os objetivos necessários ao adequado manejo de sua saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019) e não somente a presença de uma doença.

Bell *et al.* (2005), em um estudo que avaliou o nível de autocuidado com os pés de pacientes diabéticos, identificaram que intervenções que promovem o engajamento do paciente no cuidado parecem ter melhores resultados nas práticas de autocuidado. Tal dado comunica-se com esta pesquisa no que concerne à intervenção educativa em segurança do paciente. Esta foi pautada nos pressupostos do letramento em saúde, empoderamento e engajamento do paciente, por isso infere-se que a presença ou ausência da doença crônica não influenciou as variáveis autocuidado e autoeficácia, mas sim a ação educativa em segurança do paciente.

## 7.2 DISCUSSÃO DA EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE O AUTOCUIDADO E AUTOEFICÁCIA

Os resultados deste estudo relacionados a efetividade da intervenção educativa em segurança do paciente utilizando o livreto, “Segurança do Paciente: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta e medicação sem falhas”, sobre o autocuidado e autoeficácia, confirmaram a hipótese inicial de que os níveis de autocuidado e autoeficácia dos participantes do grupo intervenção seria superior ao dos participantes do grupo controle. Esta pesquisa também revelou que a mudança na autoeficácia foi o atributo mais importante da intervenção educativa em segurança do paciente.

O grupo intervenção obteve escore de autocuidado ( $p=0,001$ ) superior ao grupo controle e os dados mostram-se relevantes e significativos estatisticamente. Com relação ao M0 e M2 e sua interação com o autocuidado, sem considerar os grupos distintos (GC e GI) observou-se que não existe diferença entre eles, porém os dados mostram o aumento no escore de autocuidado.

Ademais, observou-se que a interação grupo e o tempo não foram significativas ( $p = 0,288$ ). Assim, revela-se que os grupos não foram privilegiados em virtude do momento da coleta de dados (M0 e M2), bem como o tempo não privilegiou o GC ou GI. Com o exposto, comprova-se que o grupo intervenção obteve nível de autocuidado superior ao do grupo controle, sendo que essa diferença presume-se esteja associada à intervenção educativa em segurança do paciente, como revelado nos estudos de Cavicchioli *et al* (2019), Macedo *et al* (2017) e Yildiz e Kaşıkçı, (2020), que mostraram melhora nas pontuações de autocuidado a partir de ações educativas em saúde subsidiadas pelo protagonismo e autonomia do paciente.

Para Cavicchioli *et al.* (2019), em um estudo de intervenção, a partir de um programa de educação para indivíduos diabéticos, foi possível propiciar a melhora na ação e capacidade para o autocuidado, além de resultados satisfatórios nos níveis de hemoglobina glicada, glicemia e pressão arterial diastólica dos participantes do estudo. Os autores propõem que as ações educativas contemplem as necessidades do público-alvo, com metodologias ativas, a fim de desenvolver a autonomia e protagonismo dos usuários dos serviços de saúde, assim como proposto na presente pesquisa em segurança do paciente. Os achados são semelhantes no que concerne

à elevação do autocuidado a partir de ações educativas que estejam subsidiadas em desenvolver uma postura mais ativa dos participantes em seu cuidado em saúde. Contudo, neste estudo, os níveis de autocuidado após a intervenção não apresentaram diferença estatística significativa.

Para que o autocuidado possa ser melhorado, Borges e Seidl (2013) utilizaram uma intervenção psicoeducativa com homens idosos em um Centro de Convivência com temas norteadores relacionados ao envelhecimento, saúde do homem e prevenção de câncer de próstata utilizando diversas estratégias de trabalho como recursos orais, audiovisuais, discussões em grupo, materiais educativos e outros. Os dados revelaram que a ação educativa pode beneficiar os pacientes por meio do contato com os profissionais e demais pacientes através da troca de conhecimentos e experiências, o que promove melhorias no autocuidado e potencializa para a mudança de comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde (BORGES e SEIDL, 2013).

O estudo apresentado foi realizado no contexto da Atenção Primária à Saúde, diferente do que foi desenvolvido no presente estudo, mas assemelha-se quanto às variáveis estudadas e a metodologia proposta para abordagem ao paciente, com compartilhamento de experiências, contato com outros pacientes, profissionais pesquisadores e profissionais de saúde presentes nas instituições. Outra reflexão necessária é sobre o tempo para a realização das ações educativas que são menores no contexto hospitalar pelas próprias características e dinâmica do cenário, contudo, não são menos necessárias ou importantes. A segurança do paciente é transversal a todas as linhas de cuidado e por isso, é preciso que compreenda a atenção primária, secundária e terciária a fim de garantir a qualidade da assistência à saúde e aos direitos do paciente (BRASIL, 2014a), considerando inclusive a possibilidade da replicação das ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde.

Macedo *et al.* (2017), em um ensaio clínico controlado e randomizado com indivíduos com diabetes, avaliou a adesão e empoderamento de pacientes com diabetes para as práticas de autocuidado, utilizando uma intervenção educativa em grupos com 7 encontros no cenário da atenção básica, subsidiada pela abordagem do empoderamento, diálogo e escuta qualificada. Os resultados evidenciaram melhora no controle da glicemia, autonomia e dos escores de autocuidado após a intervenção educativa com diferença estatisticamente significativa. Os achados são parcialmente compatíveis, pois na presente pesquisa, houve elevação nas

pontuações de autocuidado após a intervenção educativa em segurança do paciente no GI, apesar de não serem significativas estatisticamente.

O autocuidado como um componente da reabilitação em saúde deve ser compreendido por todos os envolvidos, profissionais de saúde e pacientes (OREM, 1985), pois diz respeito não apenas à educação em saúde, mas à disponibilidade para discutir os problemas enfrentados, às necessidades dos pacientes, aos cuidados e apoio oferecidos (ZRÍNYI e ZÉKÁNYNÉ, 2007). Assim, no contexto hospitalar, Zrínyi e Zékányiné (2007) investigaram se os cuidados de enfermagem afetam a agência de autocuidado dos pacientes entre o período de admissão e a alta hospitalar. Contudo, os resultados não apresentaram diferenças; neste caso, o mesmo instrumento de avaliação das capacidades de autocuidado foi utilizado.

Os autores trouxeram outros resultados relevantes sobre as relações estabelecidas entre a agência de autocuidado e o maior tempo de hospitalização, com associação negativa entre ambas. Os setores de internação também divergiram entre si, já que nos setores de oncologia e obstetrícia, os resultados foram significativamente mais baixos do que nas unidades de clínica médica e cirúrgica (ZRÍNYI e ZÉKÁNYNÉ, 2007).

Para reforçar os achados do presente estudo, Yildiz e Kaşıkçı, (2020), em um estudo experimental controlado e randomizado, do tipo pré e pós-teste no cenário hospitalar, mostraram pontuação média mais alta da agência de autocuidado e melhor agência de autocuidado no grupo de intervenção em comparação ao grupo controle, consistente aos resultados apresentados até o momento. Os dados também demonstraram que o grupo intervenção obteve maior pontuação de autocuidado no pós-teste do que o grupo controle.

Outrossim, Dias (2020) detectou o impacto da educação em saúde por meio de teleconsultas no engajamento de idosos ao seu autocuidado e evidenciou elevação significativa na pontuação de autocuidado (por meio de ASA-A) após a intervenção. Ademais, os participantes que inicialmente apresentaram em sua maioria nível de autocuidado regular, passaram a ter um autocuidado muito bom.

Ao refletir sobre as relações que se estabelecem do autocuidado com a intervenção educativa desenvolvida e realizada sobre a segurança do paciente, pode-se presumir que as questões de segurança do paciente, muitas vezes, são novas para os usuários de saúde, no que se refere ao seu comportamento e papel frente ao cuidado, por isso os participantes podem ter identificado que existem vários fatores

que precisam ser melhorados para a promoção do seu autocuidado em segurança nos serviços de saúde. Para exemplificar, de forma empírica durante a coleta de dados, notou-se que muitos participantes foram surpreendidos com os assuntos abordados, pelo próprio desconhecimento, bem como relataram receio em ter uma postura mais ativa perante os profissionais de saúde.

Hibbard *et al.* (2005) corroboram com esta última afirmação, ao demonstrarem que os pacientes têm mais dificuldade de se envolver em medidas desconhecidas e que provavelmente tenham mais adesão às que são mais comuns ao seu cotidiano. Outros estudos (DAVIS *et al.*, 2007; YOONG *et al.*, 2019) expõem a situação em que os pacientes questionam os profissionais de saúde quanto a higiene das mãos e afirmam que há dificuldades de atitudes que exijam confrontar os profissionais. Os pacientes, nesse sentido, precisam ser tranquilizados de que não serão punidos ou terão atendimento precário por comportar-se como parceiros no cuidado, bem como é importante que os profissionais sejam conscientizados sobre a responsabilidade do cuidado compartilhado (GARCIA-WILLIAMS *et al.*, 2010).

Com uma cultura de segurança do paciente mais fortalecida nos ambientes de saúde, infere-se ser possível aumentar e reforçar o comportamento de autocuidado em segurança de forma efetiva. Davis *et al.* (2007) associa o sucesso do envolvimento do paciente em segurança à uma interação complexa de fatores e atores, relacionado ao profissional de saúde, à doença, ao ambiente de saúde e à tarefa, ou seja, todos precisam trabalhar em prol da segurança do paciente como parceiros.

As evidências que apontam sobre os fatores que podem afetar o envolvimento do paciente e sua postura ativa no cuidado em saúde podem ser sumarizados em 5 categorias: 1) Relacionado ao paciente: conhecimento e crenças dos pacientes sobre segurança, características sociodemográficas como idade e gênero, estratégias de enfrentamento e experiências emocionais; 2) Relacionado à doença: estágio e gravidade da doença (doenças menos graves provavelmente culminam em maior envolvimento do paciente), sintomas, plano de tratamento, resultados de saúde dos pacientes e experiências anteriores de saúde e relacionadas à incidentes de segurança do paciente; 3) Relacionado ao profissional de saúde: conhecimento sobre a segurança do paciente, crenças sobre o envolvimento dos pacientes segurança, interação profissional-paciente e papel do profissional de saúde; 4) Relacionado ao ambiente: nível de atenção primária, secundária ou terciária (o hospital foi descrito como um dificultador na acessibilidade à comunicação) e tipo de



atendimento (emergencial, ambulatorial) e; 5) Relacionado à tarefa: natureza do comportamento em saúde esperado para o seu envolvimento na segurança do paciente (por exemplo, a necessidade ou não do confronto de profissionais de saúde) (DAVIS *et al.*, 2007).

De acordo com o exposto, observou-se durante o desenvolvimento desta pesquisa situações que podem ter influenciado os resultados de autocuidado e autoeficácia como, por exemplo, os diferentes graus e tipos de doenças dos participantes, as experiências relatadas e a indisposição do paciente. Quanto aos profissionais de saúde, houve situações que exigiram flexibilidade dos pesquisadores no desenvolvimento do estudo. O ambiente esteve associado com inúmeras ocorrências como a proximidade com exames e cirurgias, intercorrências, entraves com familiares, horários de higiene corporal, visita médica e os procedimentos em saúde e, por último, quanto a tarefa a ser desempenhada.

Assim, para a promoção do autocuidado em segurança do paciente, sugere-se que as informações considerem o contexto educacional, metodologias adequadas, com foco na participação do paciente, que ultrapassem as barreiras da educação tradicional (SHIN *et al.*, 2021). Em concordância com o exposto, a intervenção educativa em segurança do paciente nesta pesquisa foi pautada na educação dialógica, respeitou as singularidades de cada paciente, inclusive quanto aos anseios durante o seu processo de internação. Educar em saúde no âmbito hospitalar exige flexibilidade, bom senso, respeito, empatia ao momento que o paciente está experienciando.

Frente a isso, observam-se os desafios na promoção do autocuidado, considerando a complexidade de elementos envolvidos. É importante mencionar a influência que outras variáveis podem determinar sobre o autocuidado como relatado no estudo de Momenabadi *et al.* (2020) que correlaciona o comportamento de autocuidado às variáveis: suporte social, autoeficácia, resiliência, senso de coerência e benefício percebido; dentre elas, a autoeficácia exerce a maior influência. Notou-se inclusive que o conhecimento e autoestima não foram diretamente correlacionadas com o comportamento de autocuidado.

A relação entre as variáveis autocuidado e autoeficácia é assegurada por pesquisadores (MOHEBI *et al.*, 2013; MOMENABADI *et al.*, 2020; ALAVIJEH *et al.*, 2021). Isso, pois, a autoeficácia afeta a motivação e conseqüentemente torna o indivíduo mais ativo e confiante para atingir seus objetivos. Esta percepção é

determinante e fundamental para a garantir o autocuidado de indivíduos diabéticos segundo Mohebi *et al.* (2013).

Os resultados deste estudo relacionados a efetividade da intervenção educativa em segurança do paciente especificamente sobre a autoeficácia, demonstra diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,033$ ) do grupo intervenção, em comparação ao grupo controle.

Neste caso, o momento de reavaliação (M2) dos níveis de autoeficácia também pontuaram resultados estatisticamente significativos, representando que, após a intervenção educativa em segurança do paciente no GI, os níveis de autoeficácia ( $p = 0,026$ ) foram estatisticamente maiores, assim como para o GC que recebeu os cuidados habituais nos serviços de saúde.

Com isso, pode-se assegurar que o grupo intervenção obteve resultados superiores de autoeficácia em comparação ao grupo controle, bem como, após a intervenção educativa (GI) e cuidados habituais (GC), a pontuação de autoeficácia foi mais elevada do que na *baseline*. Estes achados são consistentes aos estudos de See *et al.* (2014), Cho e Lee (2021), Garcia-Williams *et al.* (2010), Huang *et al.* (2015) e indicam que os comportamentos de autoeficácia dos pacientes podem ser aprimorados pela intervenção educativa em segurança do paciente por meio do livreto educativo denominado Segurança do Paciente: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta e medicação sem falhas, desenvolvido nesta pesquisa.

See *et al.* (2014) desenvolveram um ensaio clínico controlado e randomizado em enfermarias médico cirúrgicas para avaliar a eficácia de uma intervenção educativa baseada nos conceitos da segurança do paciente (reconhecimento de sinais e sintomas de condições de deterioração clínica aguda) e identificaram aumento significativo nos níveis de autoeficácia nos grupos experimental e controle no pós-teste. Porém, o grupo intervenção obteve resultados mais elevados em comparação com os demais. A semelhança entre os estudos dá-se quanto aos aspectos metodológicos, variáveis estudadas, características da intervenção e os resultados satisfatórios na variável autoeficácia.

A única intervenção, denominada AWARE, foi realizada à beira leito, de forma individualizada, utilizando materiais educativos impressos, análoga à intervenção educativa em segurança do paciente. A replicação dos instrumentos, ou seja, o pós-teste foi realizado para o grupo intervenção no 3º dia de internação (SEE *et al.*, 2014),

semelhante a este estudo, que reaplicou entre 24 a 96 horas após a intervenção educativa, majoritariamente após 48 horas.

A promoção da autoeficácia associada ao envolvimento do paciente são premissas atuais valorizadas no desenvolvimento desta pesquisa. Cho e Lee (2021) apresentaram um projeto pré e pós teste, com intervenção autoeducativa utilizando aplicativo de smartphone sobre segurança do paciente que compreendeu os conceitos de segurança do paciente e a importância do seu envolvimento, dicas para melhorar a segurança, eventos adversos, erros médicos e como proceder diante deles, abordagem aos profissionais de saúde (o que eles devem perguntar) e informações personalizadas às necessidades de cada paciente.

Semelhante a isso, nesta pesquisa os participantes foram incentivados a participar de suas ações de segurança contemplando questões relacionadas ao próprio comportamento e também dos profissionais envolvidos. Para exemplificar, pode-se mencionar o tópico identificação correta do livreto educativo, em que há informações relacionadas ao que o paciente deve conferir e conhecer, assim como o que se deve esperar do profissional de saúde.

Ainda sobre o estudo de Cho e Lee (2021), os resultados indicaram que após 3 dias utilizando o aplicativo, o nível de autoeficácia aumentou significativamente, assim como os comportamentos de segurança. Infere-se, dessa forma, que o livreto educativo em segurança do paciente, que inclui conteúdos que envolvem o paciente no seu cuidado, orientando-os como proceder, pode melhorar a autoeficácia dos participantes.

Garcia-Williams *et al.* (2010) ao avaliarem as percepções e expectativas de pacientes e profissionais de saúde sobre higiene das mãos e infecções associadas aos cuidados em saúde identificaram que o vídeo educativo “Higiene das Mãos Salvam Vidas” (*Hand Hygiene Saves Lives*) foi promissor na elevação da autoeficácia dos pacientes, bem como auxiliou a repensarem o comportamento frente aos profissionais de saúde. A intervenção ocorreu com grupos focais, totalizando 4 encontros. O vídeo educativo tinha duração de 5 minutos e foi apresentado no segundo encontro. O estudo reafirma os achados desta pesquisa ao associar a elevação nos níveis de autoeficácia à grupos de pacientes que participaram da intervenção educativa sobre a segurança do paciente. Mesmo que os recursos educativos utilizados tenham sido diferentes, é presumível que a forma de interação e a qualidade do material sejam mais relevantes.

A elevação nos níveis de autoeficácia no momento<sub>2</sub> também indicam que os pacientes do grupo controle, obtiveram elevação nos níveis de autoeficácia, assim, acredita-se que apenas o contato com a informação pode aumentar a autoeficácia dos pacientes (HIBBARD et al., 2005), não que seja suficiente para compreender o seu papel no contexto da saúde, mas presume-se alertar para as questões de segurança. A exposição dos usuários de saúde a questões específicas sobre segurança do paciente parece ser promissora para aumentar a autoeficácia, bem como está fortemente associada à adoção de medidas e comportamento de prevenção quando há acesso a orientações adequadas (HIBBARD et al., 2005).

Torna-se cada vez mais claro portanto, o fortalecimento da cultura de segurança, fundamental e emergente nos serviços de saúde, para que se alcance a qualidade requerida.

A autoeficácia também obteve escores positivos no estudo de Almeida *et al.* (2019), após intervenção educativa com pacientes diabéticos baseada na filosofia do *empowerment*, que buscou desenvolver competências para a tomada de decisão e resolução de problemas diários. Este estudo quase-experimental foi implementado na atenção primária e desenvolvido em grupos que tiveram a duração de aproximadamente duas horas divididas em seis sessões. Foi verificado assim como nesta pesquisa, a melhoria da percepção de autoeficácia no grupo experimental com resultados estatisticamente significativos.

A intervenção educativa baseada no *empowerment* foi satisfatória como estratégia para elevar a autoeficácia e assim proporcionar “maior capacidade de operacionalizar objetivos, definir estratégias positivas para gerir a sua doença e mobilizar recursos, quando comparados com os elementos que não participaram no programa educacional”, mas também para subsidiar um cuidado centrado no paciente, atendendo às suas singularidades (ALMEIDA *et al.*, 2019). É importante pensar na segurança do paciente como um elemento a ser abordado na atenção primária, assim como há ênfase na prevenção de doenças crônicas, pois, considerando que o usuário de saúde perpassa pelos serviços de saúde e que cada um destes pode contribuir compartilhando conhecimento, talvez o envolvimento do paciente e sucesso no autocuidado e autoeficácia fossem amplificados.

Contudo, para envolver o paciente como parceiro no processo de cuidado, é aconselhável lembrar-se do uso da linguagem acessível e atrativa (HIBBARD *et al.*, 2005), com ações que mobilizem o usuário a integrar-se em seu cuidado e refletir

sobre seus objetivos e cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2019); pressupostos estes, utilizados para apoiar a elaboração e desenvolvimento do quase-experimento.

Estudo de Huang *et al.* (2015), semelhante ao exposto, avaliou os efeitos de um programa educativo sobre segurança do paciente, no conhecimento e autoeficácia, no que concerne à prevenção de quedas de uma enfermaria de oncologia. Com a implementação do programa educativo, foi possível encontrar resultados estatisticamente significativos nos níveis de conhecimento e autoeficácia, bem como a redução na incidência de quedas.

A prevenção de quedas foi uma das temáticas exploradas na intervenção educativa desenvolvida no presente estudo, compreendendo elementos que proporcionam o engajamento do paciente no seu cuidado e melhor conhecimento sobre os fatores que envolvem os profissionais de saúde. Os resultados de Huang *et al.* (2015) são consistentes aos achados relacionados aos níveis de autoeficácia mais elevadas no GI que presume-se estar associada a intervenção educativa em segurança do paciente.

Um programa de autoeficácia para a promoção do autocuidado foi desenvolvido em um estudo quase-experimental por Alavijeh *et al.* (2021). Os autores encontraram aumento significativo na satisfação de idosos acompanhados em Centros de Saúde do Irã. O programa incluiu elementos sobre nutrição, atividade física, bem-estar e comportamentos de saúde. Especificamente quanto ao último elemento descrito, os pacientes recebiam orientações sobre comportamento de saúde adequados baseados nas experiências pessoais e manejo correto da terapia medicamentosa.

Observa-se que a variável autoeficácia, assim como o autocuidado, estão relacionadas também com medidas como a satisfação (ALAVIJEH *et al.*, 2021) ou o conhecimento (HUANG *et al.*, 2015) e podem ser estudadas para aprofundar os efeitos da intervenção educativa em segurança do paciente.

Para fortalecer a segurança do paciente nos serviços de saúde, sugere-se proporcionar reflexão e fortalecimento dos profissionais de saúde e gestores quanto ao repertório teórico e prático sobre a segurança do paciente e as premissas atuais, para que as ações educativas estejam integradas às pesquisas, garantindo o envolvimento de todos para alcançar a qualidade desejada.

A promoção da autoeficácia e autocuidado merece atenção especial nos serviços de saúde, dada a sua importância e impacto na educação em saúde. Neste

estudo, os resultados de autocuidado não foram estatisticamente significativos após a intervenção educativa em segurança do paciente, porém o grupo intervenção obteve escores mais elevados e tratando-se de uma pesquisa pioneira é esperado a necessidade de novos estudos utilizando esta mesma variável. Quanto à autoeficácia, os resultados foram estatisticamente significativos no grupo intervenção em comparação ao grupo controle e após a intervenção educativa em segurança do paciente e os cuidados habituais oferecidos, ambos os grupos tiveram os níveis de autoeficácia mais elevados.

Portanto, a intervenção educativa em segurança do paciente no modelo proposto, pode ser uma estratégia efetiva e eficiente para aumentar a autoeficácia e autocuidado dos pacientes.

### 7.3 DISCUSSÃO DO LIVRETO EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

O livreto educativo sobre segurança do paciente, denominado “Segurança do Paciente: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta e medicação sem falhas”, é pioneiro no contexto da segurança do paciente, por fornecer informações direcionada a pacientes e familiares considerando os pressupostos do letramento em saúde e diretrizes específicas para elaboração de materiais educativos em saúde.

Este foi desenvolvido após ampla revisão de escopo e submissão à avaliação de conteúdo por peritos na área de interesse, obtendo IVC = 0,98 que confirma a concordância dos peritos com o material proposto. Diante de tais informações e da relevância e emergência do engajamento do paciente nas questões relacionadas à sua segurança, o livreto educativo se torna um importante direcionador das ações educativas. É preciso ressaltar que, para o sucesso das atividades direcionadas ao paciente, o profissional de saúde e os serviços precisam estar conscientes da necessidade do envolvimento do paciente no cuidado em saúde, objetivo que pode ser alcançado com o fortalecimento da cultura de segurança.

Nessa perspectiva, Shin *et al.* (2021) desenvolveram um programa de educação sobre segurança do paciente para pacientes internados em hospitais gerais e o implementou utilizando um *tablet* para examinar sua eficácia, através de um estudo experimental. Para isso, semelhante a esta pesquisa, foram criados os conteúdos a serem abordados a partir de uma revisão da literatura e validação de

conteúdo, apresentando IVC de 0,80; posteriormente foram elaborados os vídeos educativos e avaliados de 1 a 4 pontos em escala likert quanto à precisão (3,54 a 3,82 pontos em média), benefício (3,63 a 3,82 pontos) e compreensibilidade (3,27 a 3,73 pontos).

Os participantes receberam informações fracionadas em 2 vídeos sobre: 1) Aspectos gerais e introdutórios da segurança do paciente; 2) Atividades de segurança do paciente (identificação do paciente, prevenção de quedas, prevenção de infecções, prevenção de lesões e prevenção de incêndio); 3) Participação na segurança do paciente; 4) Atividades de Prevenção de Quedas; 5) Atividades de Prevenção de Infecções; 6) Atividades de Prevenção de Lesões. O primeiro vídeo educativo foi mostrado no dia de admissão dos pacientes, após a coleta dos dados da *baseline*. O segundo vídeo foi apresentado no terceiro dia de internação e a última etapa da intervenção consistia na recordação do primeiro e segundo vídeo, no quinto dia de internação. A pós-pesquisa do GC foi realizada de cinco a sete dias após a admissão e no grupo experimental foi realizada no sétimo dia de internação.

Os resultados da pesquisa demonstraram pontuações mais elevadas em conhecimento e consciência da segurança do paciente, nos participantes do grupo experimental. Ressaltou-se também que as ações educativas precisam ser realizadas repetidamente para que melhore a motivação do paciente nas atividades de segurança (SHIN *et al.*, 2021). Embora a presente pesquisa não tenha utilizado as mesmas variáveis de análise, os estudos são metodologicamente semelhantes e embasaram suas ações educativas em aspectos multidimensionais, sem limitar-se apenas a uma temática, considerando os pressupostos da participação do paciente.

Em um estudo anterior, um programa participativo de prevenção de quedas foi desenvolvido por Huang *et al.* (2015) e explorou o conhecimento e autoeficácia dos pacientes na prevenção de quedas e a sua incidência em uma enfermaria oncológica. A intervenção educativa propiciou orientações e discussão entre os participantes estimulando a autogestão da segurança e contemplou além da avaliação do risco de quedas, uma cartilha com orientações sobre a prevenção de quedas. Os autores evidenciaram que os pacientes devem ser orientados no momento da admissão sobre o risco de quedas e uso adequado de equipamentos hospitalares, equiparado à temática proposta no livreto educativo em segurança do paciente que aborda em um dos tópicos: “Como evitar quedas durante a internação? Entenda o que pode ser feito e como ajudar”.

A educação em saúde pode auxiliar na prevenção na diminuição da incidência de quedas, elevação da autoeficácia, conhecimento e preocupação dos pacientes sobre o assunto e qualidade da assistência prestada (HUANG *et al.*, 2015).

O material educativo proposto por Kim *et al.* (2020) em um estudo comparativo envolvendo pré e pós-teste forneceu dicas para a segurança do paciente, estimulando-o a perguntar, falar, verificar e questionar sobre a sua condição de saúde, termos, medicações ou questões que não compreende sobre seu cuidado, e obter seu prontuário. O livreto educativo apresentado neste estudo fomentou a participação do paciente com lembretes como: “Observe”, “É seu direito”, “Solicite ajuda”, “Peça esclarecimentos”, “Participe”.

Neste contexto, Buetow *et al.* (2013) apontaram os atributos mais importantes para potencializar a parceria dos pacientes em cuidados mais seguros classificando-os em domínios: no domínio da autonomia identificou os atributos relacionados à capacidade de falar e agir de forma independente, bem como a liberdade de agir. No domínio da consciência, destaca-se a capacidade do reconhecimento de falhas e situações de risco. Quanto ao conhecimento, estão descritos os atributos da alfabetização em saúde e saber a quem e como pedir ajuda quando necessário. No domínio da racionalidade, está a capacidade de decisão sobre o seguimento das instruções de saúde. Quanto à capacidade de resposta, o atributo associado é a compreensão. Por último, no domínio da vigilância estão associados os aspectos de alerta e proteção da saúde, bem como o foco na prevenção de danos.

Correlacionando os atributos apontados com o livreto educativo em segurança do paciente, pode-se dizer que muitos elementos foram contemplados no planejamento do material e podem ser desenvolvidos junto aos profissionais e pacientes nos serviços de saúde. A exemplo disso, está o domínio da autonomia que pode ser estimulada ao incentivar o paciente a participar do seu cuidado, conforme consta no livreto educativo, “Confira sempre se o que está escrito na pulseira está correto ou peça ao acompanhante para fazer isso por você”, ou o domínio da consciência, por alertar o paciente sobre o que deve esperar do profissional de saúde frente aos cuidados prestados, conforme proposto em: “A higiene das mãos deve ser realizada por todos os profissionais com água e sabão ou álcool em gel 70%”, ou ainda o domínio da consciência por permitir a reflexão sobre as situações de risco, “Caso seu risco de quedas seja alto, você deverá receber uma pulseira de cor diferente ou essa informação deve estar escrita. Observe!”. Importante destacar



também que a postura do profissional e sua concepção sobre educação em saúde é imprescindível para a condução da intervenção educativa e sucesso no alcance dos objetivos almejados.

No que diz respeito à qualidade e à eficácia das intervenções educativas em segurança do paciente, o estudo de Chan, Russel e Smith (2018) avaliou a qualidade de ferramentas direcionadas a pacientes sobre a avaliação do risco associada a terapia medicamentosa e estratégias de mitigação e encontrou lacunas quanto à legibilidade e capacidade para ação, ou seja, os materiais nem sempre estavam apropriados à compreensão dos pacientes ou continham claramente as ações que os usuários poderiam realizar. Diferente do exposto, o livreto educativo em segurança do paciente, foi baseado nos pressupostos do letramento em saúde, seguindo regras bem estabelecidas no planejamento, conteúdo, estrutura, organização, estilo da escrita, design e adaptação cultural, conferindo-lhe mais qualidade.

O envolvimento do paciente nas ações educativas sobre a segurança medicamentosa pode ter mais sucesso frente à incorporação de práticas elaboradas e planejadas, mesmo que os pacientes apresentem baixo nível de letramento em saúde (CHAN, RUSSEL E SMITH, 2018).

Outrossim, a construção dos materiais educativos deve envolver a prevenção de falhas e incidentes nos serviços, ser facilmente compreendidos e ensinados pelos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, independente do seu nível de conhecimento. Desta maneira, os usuários dos serviços de saúde conseguiriam compreender e colocar em prática as diretrizes de segurança do paciente apenas consultando o material educativo (KIM *et al.*, 2020).

O livreto educativo em segurança do paciente foi desenvolvido de forma meticulosa, personalizada e padronizada, com o objetivo de orientar e conscientizar o paciente sobre as questões de segurança que envolvem a sua participação, bem como envolvê-lo em seu cuidado, com resultados satisfatórios na autoeficácia e autocuidado no grupo de pacientes que participaram da intervenção educativa. O processo de construção é extenso e dispendioso, porém diante das escassas publicações é uma importante iniciativa que pode ser implementada nos demais serviços de saúde.

#### 7.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As medidas de desfecho foram avaliadas em média após 48 horas da intervenção educativa. Por isso, é recomendável examinar as mudanças após um período mais prolongado ou no retorno desses pacientes nos serviços de saúde para acompanhamento, pois pressupõe-se que existam mudanças que exigem um tempo mais longo.

#### 7.5 SUGESTÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Nesta pesquisa, foram incluídas duas variáveis de análise, autocuidado e autoeficácia, assim em estudos posteriores sugere-se incluir letramento em saúde, conhecimento sobre segurança, satisfação, comportamento de segurança e as relações que se estabelecem entre elas. No entanto, há déficits de instrumentos validados e nacionais sobre a segurança do paciente, o que dificulta a avaliação dessas variáveis. Por isso, propõe-se estudos de construção e validação de ferramentas de medição que avaliam a segurança do paciente em pacientes.

Entende-se também que a implementação da intervenção educativa em segurança do paciente, é um dos requisitos necessários para desenvolver a cultura de segurança, portanto, poderia ser realizado um estudo em que a ação educativa fosse realizada pelos profissionais de saúde das instituições e não apenas por um pesquisador, como forma de avaliar as habilidades e dificuldades desses profissionais no contexto. Ademais, é imprescindível a compreensão da segurança do paciente de forma transversal, de modo a incluir ações educativas de segurança do paciente na atenção primária, estabelecendo um sistema de educação que seja interseccionado entre os níveis de atenção à saúde.

## 8 CONCLUSÕES

Em conclusão, os resultados apresentados nesta tese mostraram que a intervenção educativa em segurança do paciente, com o livreto educativo “Segurança do Paciente: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta e medicação sem falhas”, é uma estratégia efetiva para aumentar a autoeficácia e autocuidado dos pacientes à curto prazo. Este achado, pode ser consistente com o aumento da segurança do paciente durante a sua hospitalização, promovendo mais envolvimento e engajamento em seu cuidado em saúde.

O paciente neste sentido, mais ciente e empoderado dos seus direitos em saúde, pode colaborar ativamente no cuidado e conseqüentemente no fortalecimento da cultura de segurança do paciente. A minimização das falhas e incidentes em saúde pode ser um desfecho secundário à intervenção educativa em segurança do paciente.

As normativas nacionais e internacionais estimulam o envolvimento do paciente como medida importante para alcançar a qualidade requerida. Para isso, preocupar-se com o desenvolvimento da autoeficácia e autocuidado nas ações prestadas, bem como o uso de metodologias corretas que deem voz ao paciente e considerem as suas experiências pessoais é altamente recomendado. Quando cada membro envolto no cuidado identificar e se conscientizar das responsabilidades, poder-se-á alcançar a segurança desejada do paciente.

Espera-se que novos experimentos controlados e randomizados possam ser realizados, de forma a sanar a limitação citada, pois a segurança do paciente é uma política de saúde e tema emergente e de grande relevância na atualidade.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; DAVID, H. M. S. L.; FARIA, M. G. de A. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 533-536, 2012.

ADAMS, A. S. *et al.* Barriers to self-monitoring of blood glucose among adults with diabetes in an HMO: a cross sectional study. **BMC Health Services Research**, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2003.

ALAVIJEH, M. S. *et al.* The effect of self-care self-efficacy program on life satisfaction of the Iranian elderly. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 10, n. 1, p. 167, 2021.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALHUSAINI, F. A.; MUBARAK, M. M. S. A. Public awareness of adverse drug reaction medical safety. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 31, n. 6, p. 520-530, 2018.

ALMEIDA, M. *et al.* Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. **Revista de Enfermagem Referência**, p. 33-42, 2019.

ANGELMAR, R.; BERMAN, P. C. Patient Empowerment and Efficient Health Outcomes. In: Financing Sustainable Healthcare in Europe: New Approaches For New Outcomes. **Conclusions from a collaborative investigation into contentious areas of healthcare**. 2007. p. 139-162.

AVANECEAN, D. *et al.* Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 15, n. 12, p. 3006-3048. December. 2017.

BANDURA, A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In: LOCKE, E. A. (org.). **Handbook of principles of organization behavior**. New York: Wiley. 2 ed, 2009. p. 179-200.

BANDURA, A. From thought to action: Mechanisms of personal agency. **New Zealand Journal of Psychology**, v. 15, n. 1, p. 1-17, 1986.

BANDURA, A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). **Encyclopedia of human behavior**. v. 4, 1994. p. 71-81.

BAPTISTA M. N; MORAIS, P. R. Delineamento Experimental. In: BAPTISTA M. N; CAMPOS D. C. **Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007. cap. 12.

BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. da S.; SANTOS, T. M. de M. dos. Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 260-271, 2008.

BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. **Revista Bioética**, v. 27, p. 253-260, 2019.

BELL, R. A. *et al.* Diabetes foot self-care practices in a rural, triethnic population. **The Diabetes Educator**, v. 31, n. 1, p. 75-83, 2005.

BELL, S. K. *et al.* Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 11, p. 928-936, 2018.

BERGER, Z. *et al.* Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 7, p. 548-555, 2014.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde por homens idosos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 777-788, 2013.

BORGSTEEDE, S. D. *et al.* Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. **Patient Education and Counseling**, v. 83, n. 1, p. 22-28. April. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Brasília: Anvisa, 2017b. 168 p.

BRASIL. Agência Nacional de Segurança Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília: Anvisa, 2017a. 70 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013f. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 63, de 25 de Novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 2011, Seção 1, p.44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2013d. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tecnologia da Informação à Serviço do SUS. Notas Técnicas. **Morbidade hospitalar do SUS - por local de internação -**

**São Paulo.** 2021. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niSP.def>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

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: Ministério da Saúde, 2014a. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 687, de 30 de Março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, nº 63, Seção 1, p. 138. 31 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 80-1. 14 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1 de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 abr. 2013a. Seção 1, p. 43-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jul. 2013b. Seção 1, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013c. Seção 1, p. 113.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, 20 nov. 2013e. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 68. 13 nov. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017c. p.142.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil**. Brasília, DF, 2020, 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tesouro Eletrônico. **Terminologia da Saúde: Educação em Saúde**. Disponível em: <<http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=1634&n=1&s=5&t=2>>. Acesso em: 08 de out. 2019.

BRASIL. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-18059.

BROWN, M. *et al.* Diagramming patients' views of root causes of adverse drug events in ambulatory care: An online tool for planning education and research. **Patient Education and Counseling**, v. 62, n.3, p. 302–315. Sep. 2006.

BUETOW, S. *et al.* What attributes of patients affect their involvement in safety? A key opinion leaders' perspective. **BMJ open**, v. 3, n. 8, p. e003104, 2013.

BUSBY, S. R. *et al.* Assessing patient awareness of proper hand hygiene. **Nursing**, v. 45, n. 5, p. 27-30. May. 2015.

CAR, L. T. *et al.* Prioritizing medication safety in care of people with cancer: clinicians' views on main problems and solutions. **Journal of Global Health**, v. 7, n. 1, p. 011001. June. 2017.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. de. **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92 p.

CAVICCHIOLI, M. G. S. *et al.* Educational program to promote the self-care of people with diabetes mellitus. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 2, p. 169-179, 2019.

CASTLE, B. V. de *et al.* Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective. **International Journal of Medical Informatics**, v. 73, n. 7, p. 607-614. Jul. 2004.

CECCIM, R. B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2007. p. 32-45.

CHAN, D. KY. *et al.* Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital. **Australasian Journal on Ageing**, v. 37, n. 2, p. 140-143. June. 2018.

CHAN, H. W.; RUSSELL, A. M.; SMITH, M. Y. What is the quality of drug safety information for patients: an analysis of REMS educational materials. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 27, n. 9, p. 969-978, 2018.

CHESANI, F. H. *et al.* Educação popular em saúde no âmbito hospitalar. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 1, p. 24-34, 2019.

CHO, S.; LEE, E. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. **Healthcare Informatics Research**, v. 27, n. 1, p. 48-56, 2021.

CNES NET. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Estabelecimento de Saúde: Hospital Universtário da UFSCAR Prof Dr Horacio C Panepucci**. 10 jun. 2020. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3548905586348>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

CNES NET. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Estabelecimento de Saúde: Santa Casa de Araraquara**. 30 set. 2020. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/3503202082527>>. Acesso em: 03 fev. 2021.

COREN. **Declaração da Enfermagem do Estado de São Paulo para a Promoção da Segurança do Paciente**. Enfermagem para a Segurança do Paciente. Jun. 2010. Disponível em: < [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/declaracao\\_enfermagem\\_paulista\\_seguranca\\_paciente.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/declaracao_enfermagem_paulista_seguranca_paciente.pdf)>. Acesso em: 03 fev. 2021.

DA SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de Autocuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 30-36, 2017.

DAVIS, R. E.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A. Patient Involvement in Patient Safety: The Health-Care Professional's Perspective. **Journal of Patient Safety**, v. 8, n. 4. December. 2012a.

DAVIS, R. E. *et al.* Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety vídeo. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 18, n. 4, p. 848-853. August. 2012b.

DAVIS, R. E. *et al.* Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?. **Health expectations**, v. 10, n. 3, p. 259-267, 2007.



DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. **A guide to creating and evaluating patient materials**. Guidelines for effective print communication. Portland: MaineHealth, 2010. 20 p.

DEPOLD, H. *et al.* Invited article: improving safety for the neurologic patient: evaluating medications, literacy, and abuse. **Neurology**, v. 75, n. 8, p. 742–746. August. 2010.

DIAS, F.C.R. **Análise do impacto da educação em saúde no engajamento dos idosos sobre o autocuidado durante a pandemia do COVID-19**. Dissertação de Mestrado - UFT, Palmas (Tocantins). 2020.

DIZAJI, M. B. *et al.* Effects of educational intervention based on PRECEDE model on self care behaviors and control in patients with type 2 diabetes in 2012. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, v. 13, n. 1, p. 1-6, 2014.

DODT, R. C. M. *et al.* Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 725-732. jul.- ago. 2015.

DODT, R. C. M. *et al.* Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 610-618, 2013.

DOUGHERTY, L.; SQUE, M.; CROUCH, R. [Decision-making processes used by nurses during intravenous drug preparation and administration](#). **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 6, p. 1302-11. June. 2012.

DUTRA, H. S.; REIS, V. N. dos. Desenhos de Estudos Experimentais e Quase-Experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, v. 10, n. 6, p. 2230-41. Jun. 2016.

DUTRA-THOMÉ, L. *et al.* Fatores protetivos e de risco na transição para a vida adulta nas cinco regiões brasileiras. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 3, p. 485-499, 2017.

EBSERH. Ministério da Educação. Hospital Universitário Prof<sup>o</sup>. Dr. Horácio Carlos Panepucci. **Ensino e Pesquisa** [2016?]. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/ensino-e-pesquisa/sobre>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Diretoria de atenção à saúde e gestão de contratos. Hospital Escola Municipal Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci/ Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. Brasília, 08 de maio de 2014, 30 p.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757. Sep./Oct. 2005.

EVERS G. C. *et al.* The Appraisal of Self-care Agency's ASA-scale: research program to test reliability and validity. In: **Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research"**. Edmond: University of Alberta, Canada; 1986. p. 130.

EVERS G. C. M *et al.* Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency. **International Journal of Nursing Studies**, v. 30, n. 4, p. 331-342, 1993.

[FOISY](#), K. Thou shalt not fall! Decreasing falls in the postoperative orthopedic patient with a femoral nerve block. **Medsurg Nursing**, v. 22, n. 4. July-August. 2013.

FREIRE, P. **Educação Como Prática da Liberdade**. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1967.

FREITAS, F. V. de; REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Comunicação Saúde Educação**, v.15, n. 36, p. 243-55. Jan./Mar. 2011.

GARCIA-WILLIAMS, A. *et al.* To ask or not to ask?: the results of a formative assessment of a video empowering patients to ask their health care providers to perform hand hygiene. **Journal of Patient Safety**, v. 6, n. 2, p. 80-5. June. 2010.

GIL, A. C. Como Delinear uma Pesquisa Experimental? In: GIL A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 7.

GOMES-VALÉRIO, J. O. Apresentação da versão brasileira definitiva da escala de autoeficácia geral percebida. **ENJUPSI XIII**. Juiz de Fora, agosto de 2016. p. 1-3. ISSN: 2525-4685.

GOSSEC, L. *et al.* Safety of biologics: elaboration and validation of a questionnaire assessing patients' self-care safety skills: the BioSecure questionnaire. An initiative of the French Rheumatology Society Therapeutic Education section. **Joint Bone Spine**, v. 80, n. 5, p. 471-476, 2013.

GUEVARA, S. L. R.; PARRA, D. I.; ROJAS L. Z. Teaching: Individual" to increase adherence to therapeutic regimen in people with hypertension and type-2 diabetes: protocol of the controlled clinical trial ENURSIN. **BMC Nursing**, v. 18, n. 1, p. 22, 2019.

HAIR, J. F.; TATHAM, R. L.; ANDERSON, R. E.; BLACK, W. **Multivariate Data Analysis**. Prentice-Hall, 2008.

HARRISON, R. *et al.* The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, issue 6, pages 424-442. December 2015.

HEMESATH, M. P. *et al.* Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-8.

Dez. 2015.

HIBBARD, J. H. *et al.* Can Patients Be Part of the Solution? Views on Their Role in Preventing Medical Errors. **Medical Care Research and Review**, v. 62, n 5, p. 601-616. October, 2005.

HOLLOWAY A.; WATSON H. E. Role of self-efficacy and behaviour change. **International Journal of Nursing Practice**, v. 8, n. 2, p. 106-115, 2002.

HUANG, L-C. *et al.* The effectiveness of a participatory program on fall prevention in oncology patients. **Health Education Research**, v. 30, n. 2, p. 298-308, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Tabela 1.18 - Média de moradores em domicílios particulares ocupados, por situação do domicílio e localização da área, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>>. Acesso em 27 dez. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. Downloads. Tabela 3.7 - Distribuição percentual das pessoas de 25 anos ou mais de idade por nível de instrução, com indicação do coeficiente de variação, segundo características selecionadas – 2019. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. Tabelas. Padrão de vida e distribuição de rendimentos. Tabela 2.1 - Rendimento domiciliar per capita médio e mediano, por sexo e cor ou raça, com indicação dos coeficientes de variação, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - Brasil 2020. 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ISTENES, N. *et al.* Patients' potential role in the transmission of health care-associated infections: Prevalence of contamination with bacterial pathogens and patient attitudes toward hand hygiene. **American Journal of Infection Control**, v. 41, n. 9, p. 793-8. Sep. 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Changes**. c2021. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/default.aspx>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Patient Safety Essentials Toolkit**. c2019. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Patient-Safety-Essentials-Toolkit.aspx>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

JESKE, L. *et al.* [Partnering with patients and families in designing visual cues to prevent falls in hospitalized elders](#). **Journal of Nursing Care Quality**, v. 21, n. 3, p. 236-241. Jul-Sep. 2006.

JOHNSON, J. E. *et al.* Breaking the Fall. **JONA**, v. 41, n. 12, p. 538-545. December. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International Patient Safety Goals**.

c2020. Disponível em:

<<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

JOINT COMMISSION. **Speak Up™ For Your Rights**. c2021. Disponível em:

<<https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/for-your-rights/>>. Acesso em: 02 fev. 2021.

KARIMY, M.; KOOHESTANI, H. R.; ARABAN, M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. **Diabetology & metabolic syndrome**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2018.

KIM, T. E.; MARIANO, R. M. Developing a multidisciplinary fall reduction program for lower-extremity joint arthroplasty patients. **Anesthesiology Clinics**, v. 32, n. 4, p. 853-864. December. 2014.

KIM, Y-S *et al.* How to Improve Patient Safety Literacy? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 19, p. 7308, 2020.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. S. Executive Summary. In: KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academies Press (US), 2000. p. 1-16.

KOWALSKI, S. L; MAUREEN, A. CE: Nursing's Evolving Role in Patient Safety. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 117, n. 2, p. 34-48. Feb. 2017.

LANCASTER, A. D. *et al.* Preventing Falls and Eliminating Injury at Ascension Health. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 33, n. 7, p. 367-75. Jul. 2007.

LANDERS, T. *et al.* Patient-centered hand hygiene: The next step in infection prevention. **American Journal of Infection Control**, v. 40, n. 4 Suppl 1, p. S11-S17. May. 2012.

LATHAM, T. *et al.* Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 6, p. 626–633. 2012.

LEE, S-K. *et al.* Effect of Diabetes Education Through Pattern Management on Self-Care and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, p. 3323, 2019.

LIMA, L. F. *et al.* Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. **Einstein**, v. 14, n. 3, p. 359-65, 2016.

LINGARATNAM, S. *et al.* A controlled before and after study to evaluate a patient and health professional partnership model towards effective medication reconciliation. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 19, n. 1, p. 48-56, 2012.

LIPPI, G. *et al.* [Phlebotomy issues and quality improvement in results of laboratory testing](#). **Clinical Laboratory**, v. 52, n. 5-6, p. 217-30. 2006.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001. p. 186-199.

MACEDO, M. M. L. *et al.* Adherence to self-care practices and empowerment of people with diabetes mellitus: a randomized clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

MAINEHEALTH. **About MaineHealth**. c2020. Disponível em: <https://mainehealth.org/about> >. Acesso em 27 jul. 2020.

MANCUSO, A. C. B. *et al.* Os principais delineamentos na Epidemiologia Ensaios Clínicos (Parte I). **Revista HCPA**. Porto Alegre. v. 33, n. 3/4, p. 286-294, 2013.

MANNING, D. M. *et al.* 3D: a tool for medication discharge education. **Qual Saf Health Care**, v. 16, n. 1, p. 71-76. Feb. 2007.

MARKS, R.; ALLEGRANTE, J. P; LORIG, K. A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part I). **Health Promotion Practice**, v. 6, n. 1, p. 37-43. 2005.

MARVIN, V. *et al.* Phone calls to a hospital medicines information helpline: analysis of queries from members of the public and assessment of potential for harm from their medicines. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 19, n. 2, p. 115–122. April. 2011.

MAURER, M. *et al.* **Guide to Patient and Family Engagement: environmental scan report**. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012.

MCGUCKIN, M.; GOVEDNIK, J. Patient empowerment and hand hygiene, 1997-2012. **Journal of Hospital Infection**, v. 84, n. 3, p.191-199. Jul. 2013.

MELKIE, M.; GIRMA, A.; TSALLA, T. [The practice of venous blood collection among laboratory and non-laboratory professionals working in Ethiopian Government Hospitals: a comparative study](#). **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 88, 2014.

MIRA, J. J. *et al.* What older complex chronic patients need to know about their everyday medication for safe drug use. **Expert Opinion on Drug Safety**, v. 13, n. 6, 2014.

MOHEBI, S. *et al.* Review the key role of self-efficacy in diabetes care. **Journal of education and health promotion**, v. 2, 2013.

MOHER D. *et al.* CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ online FIRST*, 2010; 340:c869.

MOMENABADI, V. *et al.* Health Promoting Self-care Behaviors in Patients With Multiple Sclerosis in the Southeast of Iran: Developing a Model for Practice. **Basic and Clinical Neuroscience**, v. 11, n. 5, p. 687, 2020.

MOREIRA, M. de F.; NÓBREGA, M. M. L. da; SILVA, M. I. T. da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 184-188. Mar./Abr. 2003.

NERI, M. F. S. *et al.* Comportamento sobre prática de higiene das mãos de acompanhantes em enfermarias de internação. **Rev Rene**, v. 20, e41015, 2019.

O'HARA, J. K.; LAWTON, R. J. At a crossroads? Key challenges and future opportunities for patient involvement in patient safety. Editorial. **BMJ Qual Saf.**, 25: 565-568. 2016.

OLIVER, D.; HEALY, F.; HAINES, T. P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 26, n. 4, p. 645-92, 2010.

OPSAHL, A. G. *et al.* 2017. Outcomes of Adding Patient and Family Engagement Education to Fall Prevention Bundled Interventions. **Journal Of Nursing Care Quality**, v. 32, n. 3, p. 252-258. July-September. 2017.

OREM, D. E. A Concept of Self-Care for the Rehabilitation Client. **Rehabilitation Nursing Journal**, v. 10, n. 3, p. 33-36. May-June. 1985.

OREM, D. E. Dorothea E. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. In: PARKER, M. E. **Nursing Theory & Nursing Practice**. Second Edition. F.A. Davis Company: Philadelphia, 2005. p. 141-148.

PEREIRA, F. R. L. *et al.* Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 594-599, 2009.

PETERS, M. D. J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. JBI, July, 2020. p. 407-451.

PETRONILHO, F. A. S. **Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem**. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). 1ª edição. Portugal: Editora Formasau. Março, 2012.

PILEGGI, C. *et al.* Information about management of chronic drug therapies prescribed at hospital discharge: does it affect patients' knowledge and self-confidence? **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 105. February. 2018.



POKRYWKA, M. *et al.* Can improving patient hand hygiene impact Clostridium difficile infection events at an academic medical center? **American Journal of Infection Control**, v. 45, n. 9, p. 959-63. August. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Avaliação da Mensuração da Qualidade dos Dados. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004. p. 285-306.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: Suíça. 2010. 64 p.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A., AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 97-114.

QUEIRÓS, P. J. P. Autocuidado, transições e bem-estar. Editorial. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 21, p. 5-7. Fevereiro, 2010.

REZENDE, J. S. M. *et al.* Educação em saúde no espaço hospitalar: desafios para o serviço social. **O Social em Questão**, v. 19, n. 35, p. 333-348, 2016.

RHEAUME, J.; FRUH, S. Retrospective Case Reviews of Adult Inpatient Falls in the Acute Care Setting. **Medsurg Nursing**, v. 24, n. 5, p. 318-324. September-October. 2015.

RODRIGUES, F. F. L. *et al.* Conhecimentos e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 468-473, 2009.

SANTA CASA ARARAQUARA. **Sobre a Santa Casa** [2021?]. Disponível em: <<http://www.santacasaararaquara.com.br/sobre-santa-casa-araraquara>>. Acesso em: 08 abr. 2021.

SANTOS, T. de O. C. G. *et al.* **Identificação do paciente no fornecimento de dietas por colaboradores de um Serviço de Nutrição e Dietética**. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 680-700. 2019.

SANTOS, S. O. dos. *et al.* Educação do paciente: o caminho inverso para a sua segurança. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 40. supl. 1, p. 269-285, jan./mar. 2016.

SBICIGO, J. B. *et al.* Propriedades psicométricas da escala de autoeficácia geral percebida (EAGP). **Psico**, v. 43, n. 2, p. 1, 2012.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Trials**, v. 11, n. 1, p. 32, 2010.

SCHWAPPACH, D. L. B.; WERNLI, M. Barriers and facilitators to chemotherapy patients' engagement in medical error prevention. **Annals of Oncology**, v. 22, n. 2,

p. 424–430. February. 2011.

SCHWAPPACH, D. L. B. Engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. **Medical Care Research and Review**, v. 67, n. 2, p. 119-148, 2010.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy scale. In: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. **Measures in Health Psychology: A User's Portfolio**. Causal and control beliefs. Windsor, UK: Nfer-Nelson, p. 35-7, 1995.

SEE, M. T. A. *et al.* Effectiveness of a patient education intervention in enhancing the self-efficacy of hospitalized patients to recognize and report acute deteriorating conditions. **Patient Education and Counseling**, v. 97, n. 1, p. 122–127, 2014.

SHIN, S. H. *et al.* Development and Effectiveness of a Patient Safety Education Program for Inpatients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 3262, 2021.

SHUEY, K. M.; BALCH, C. Fall Prevention in High-Risk Patients. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 26, n. 4, p.569–580, 2014.

SILVA, A. C. A. *et al.* A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. esp. 01-09, 2016b.

SILVA, I. de J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, M. A. M. da; *et al.* Promoção da Saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-9. mai-jun. 2011.

SILVA, T. de O; *et al.* O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.18, 30 jun. 2016a.

SILVA, M. C. S. da; LAUTERT, L. O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.1, p. 61-67. 2010.

SMITH S. SAM: suitability assessment of materials for evaluation of health-related information for adults. **Beginnings guide. Seattle (WA):** Practice Development, Inc, p. 1-10, 2008.

SÖDERHAMN, O. Self-care Activity as a Structure: a phenomenological approach. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 7, n. 4, p. 183-189, 2000.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80. 2012.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Tradução e Adaptação do



Instrumento “Suitability Assessment of Materials” (SAM) para o português. **Rev Enferm UFPE**, v. 9, n. 5, p. 7854-61. Maio. 2015.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. **Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, 2004.

SPOELSTRA, S. L.; GIVEN, B. A.; GIVEN, C. W. Fall Prevention in Hospitals: An integrative Review. **Clinical Nursing Research**, v. 21, n. 1, p. 92-112, 2012.

STEINMAN, M. A. *et al.* Beyond the prescription: medication monitoring and adverse drug events in older adults. **J Am Geriatr Soc**, v. 59, n. 8, p. 1513–1520. August. 2011.

STOECKLE, A. *et al.* Catching Quality Before It Falls: Preventing Falls and Injuries in the Adult Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**, v. 45, n. 3, p. 257-264. May. 2019.

STOTZ, E. Enfoques sobre educação e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 42-53.

STRUDWICK, G. *et al.* [Thank you for asking: Exploring patient perceptions of barcode medication administration identification practices in inpatient mental health settings.](#) **International Journal of Medical Informatics**, v. 105, p. 31-37. 2017.

SUN, W. *et al.* Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, Canada, v.17, n. 206, p. 1-13. 2017.

TANQUEIRO, M. T. de O. S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 9, p. 151-160, 2013.

TAYLOR, G.; RENPENNING, K. **Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice**. Springer Publishing Company: New York, 2011.

TEIXEIRA, J. P. D. S.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 186-196. Jun. 2012.

TERWEE, C. B. *et al.* Critérios de qualidade foram propostos para as propriedades de medida de questionários de estado de saúde. **Jornal de Epidemiologia Clínica**, v. 60, n. 1, pág. 34-42, 2007.

TOL, A. *et al.* Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, v. 12, n. 1, p. 1-5,

2013.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Editora LTC. 2011.

TZENG, H. M.; YIN, C. Y. [Perspectives of Recently Discharged Patients on Hospital Fall-Prevention Programs](#). **Journal of Nursing Care Quality**, v. 24, n. 1, p. 42-9. January. 2009.

[VASCONCELOS, E. M.](#) Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. 272 p.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo: Ibrasa. 1982.

VIEIRA, E. R. *et al.* [Reducing falls among geriatric rehabilitation patients: a controlled clinical trial](#). **Clinical Rehabilitation**, v. 27, n. 4, p. 325-335, 2012.

WAŁASZEK, M. *et al.* Patient as a Partner in Healthcare-Associated Infection Prevention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 4, p. 624. Mar. 2018.

WALRATH, J. M.; ROSE, L. E. The medication administration process: patients' perspectives. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 23, n. 4, p. 345–352. October-December. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Kobe Centre, 2004. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>>. Acesso em: 21 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action on patient safety**. Seventy-second world health assembly. 28 May, 2019. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf). Acesso em: 05 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Literacy. The solid facts**. Europe: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel, Agis D. Tsouros Editors. 2013b. 86 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm. Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017b. 16p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for patient safety: partnerships for safer health care**. Geneva: World Health Organization, 2013a. 12 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization, 2009. 270 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety**. c2020. Disponível em: <<https://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: making health care safer**. Geneva: World Health Organization, 2017a. 20p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **Global Patient Safety Challenge 2005-2006. Clean Care is Safe Care**. Geneva: World Health Organization, 2005. 35 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **The Second Global Patient Safety Challenge. Safe Surgery Saves Lives**. Geneva: World Health Organization, 2008. 32 p.

WU, K-S. *et al.* Hand hygiene among patients: Attitudes, perceptions, and willingness to participate. **American Journal of Infection Control**, v. 41, n. 4, p. 327-31. Apr. 2013.

YILDIZ, F. T.; KAŞIKÇI, M. Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. **The Journal of Nursing Research**, v. 28, n. 6, p. e125, 2020.

YOONG, W. *et al.* Why are patients not more involved in their own safety? A questionnaire-based survey in a multi-ethnic North London hospital population. **Postgraduate Medical Journal**, v. 95, n. 1123, p. 266-270. May. 2019.

ZHAO, Y. L. *et al.* Evidence on Fall and Injurious Fall Prevention Interventions in Acute Care Hospitals. **JONA**, v. 49, n. 2, p. 86-92. February 2019.

ZRÍNYI, M.; ZÉKÁNYNÉ, R. I. Does self-care agency change between hospital admission and discharge? An Orem-based investigation. **International Nursing Review**, v. 54, n. 3, p. 256-262, 2007.

## **APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes-HU UFSCAR)**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

#### **INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE: PESQUISA QUASE-EXPERIMENTAL**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Intervenção Educativa sobre a Segurança do Paciente: pesquisa quase-experimental”.

O objetivo deste estudo é analisar o efeito de uma intervenção educativa em segurança do paciente e suas relações com o autocuidado e a autoeficácia dos pacientes. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 18 anos e estar internado no Hospital Universitário Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci, da Universidade Federal de São Carlos. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por três questionários e uma intervenção educativa. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos; nesta ocasião, o prontuário médico poderá ser consultado pelos pesquisadores. Em seguida, será aplicado: 1) um questionário que avaliará a autoeficácia, 2) outro sobre as capacidades de autocuidado. Posteriormente será realizada uma intervenção educativa. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora.

Na intervenção educativa, o senhor poderá ser incluído no Grupo 1 – pessoas que receberão as informações que todos os pacientes do hospital recebem dos médicos e enfermeiros; ou no Grupo 2 – pessoas que receberão as orientações preparadas pelas pesquisadoras que incluirá informações sobre a segurança do paciente em um livreto informativo. Em qualquer um dos grupos que o senhor estiver participando poderemos esclarecer suas dúvidas. Este estudo permitirá identificar se o material educativo que está sendo testado fornece melhores resultados ou não.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários e participação na intervenção educativa (grupo 2) normalmente, acarretam riscos mínimos para a sua saúde; esclareço que a participação na pesquisa pode evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou gerar desconforto, fadiga e cansaço, como resultado do tempo de coleta de dados e também da sua atual condição em uma unidade de internação. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá fazer pausas e interromper a entrevista a qualquer momento. Também

receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador), pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação e de seu(s) acompanhante(s) na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação dos conhecimentos sobre a segurança do paciente e da importância da participação do mesmo nos cuidados em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade, segurança da assistência prestada e sucesso em seu tratamento.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

**Pesquisadora Responsável:** Maira Gabriela Perego

Endereço: Avenida Maria Marcelina de Campos, 790 – Lote 3, Quadra I, CEP 14804-332 – Araraquara – S.P

Contato telefônico: (16) 98114-2792 e-mail: [maira\\_perego@hotmail.com](mailto:maira_perego@hotmail.com)

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão

Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos/SP.

Local e data: \_\_\_\_\_

Maira Gabriela Perego

**Nome do Pesquisador**

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

**APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes-Santa Casa de Araraquara)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE:  
PESQUISA QUASE-EXPERIMENTAL**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Intervenção Educativa sobre a Segurança do Paciente: pesquisa quase-experimental”.

O objetivo deste estudo é analisar o/os efeito/os de uma intervenção educativa em segurança do paciente e suas relações com o autocuidado e a autoeficácia dos pacientes. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 18 anos e estar internado na Santa Casa de Araraquara. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por três questionários e uma intervenção educativa. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos; nesta ocasião, o prontuário médico poderá ser consultado pelos pesquisadores. Em seguida, será aplicado: 1) um questionário que avaliará a autoeficácia, 2) outro sobre as capacidades de autocuidado. Posteriormente será realizada uma intervenção educativa. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora.

Na intervenção educativa, o senhor poderá ser incluído no Grupo 1 – pessoas que receberão as informações que todos os pacientes do hospital recebem dos médicos e enfermeiros; ou no Grupo 2 – pessoas que receberão as orientações preparadas pelas pesquisadoras que incluirá informações sobre a segurança do paciente em um livreto informativo. Em qualquer um dos grupos que o senhor estiver participando poderemos esclarecer suas dúvidas. Este estudo permitirá identificar se o material educativo que está sendo testado fornece melhores resultados ou não.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. O preenchimento destes questionários e participação na intervenção educativa (grupo 2) normalmente, acarretam riscos mínimos para a sua saúde; esclareço que a participação na pesquisa pode evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou gerar desconforto, fadiga e cansaço, como resultado do tempo de coleta de dados e também da sua atual condição em uma unidade de internação. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá fazer pausas e interromper a entrevista a qualquer momento. Também

receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador), pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação e de seu(s) acompanhante(s) na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação dos conhecimentos sobre a segurança do paciente e da importância da participação do mesmo nos cuidados em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade, segurança da assistência prestada e sucesso em seu tratamento.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

**Pesquisadora Responsável:** Maira Gabriela Perego

Endereço: Avenida Maria Marcelina de Campos, 790 – Lote 3, Quadra I, CEP 14804-332 – Araraquara – S.P

Contato telefônico: (16) 98114-2792 e-mail: [maira\\_perego@hotmail.com](mailto:maira_perego@hotmail.com)

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão

Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos/SP.

Local e data: Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Maira Gabriela Perego

**Nome do Pesquisador**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## **APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Peritos)**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

#### **INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE: PESQUISA QUASE-EXPERIMENTAL**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) como perito para participar da pesquisa “Intervenção Educativa sobre a Segurança do Paciente: pesquisa quase-experimental”.

O objetivo deste estudo é analisar o/os efeito/os de uma intervenção educativa em segurança do paciente sobre o autocuidado e a autoeficácia dos pacientes. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A sua participação consiste em realizar a validação do conteúdo e de aparência do material educativo que iremos utilizar nesta pesquisa. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, deverá avaliar os itens que compõem o material educativo quanto à adequação da linguagem verbal, conteúdo, organização e aparência. Esclarecemos que a sua participação é apenas técnica, emitindo um parecer técnico, devido a sua experiência sobre as diretrizes de segurança do paciente ou educação em saúde. O (a) senhor (a) levará aproximadamente 40 minutos para preencher o quadro de avaliação.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento do quadro de avaliação não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata de sua participação.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia de sua participação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a segurança do paciente e sua participação no cuidado em saúde.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz,



Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

**Pesquisadora Responsável:** Maira Gabriela Perego

Endereço: Avenida Maria Marcelina de Campos, 790 – Lote 3, Quadra I, CEP 14804-332 – Araraquara – S.P

Contato telefônico: (16) 98114-2792 e-mail: [maira\\_perego@hotmail.com](mailto:maira_perego@hotmail.com)

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anamaria Alves Napoleão

Endereço: Rod. Washington Luis, km 235 Caixa postal 676, CEP 13565- 905 – São Carlos/SP.

Local e data: \_\_\_\_\_

Maira Gabriela Perego

**Nome do Pesquisador**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Perito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Perito

## APÊNDICE 4 – Formulário de Avaliação dos Peritos

**Orientações:** Preencha inicialmente as informações de caracterização dos peritos e após analise a linguagem utilizada, ilustrações, legibilidade e design de cada tópico proposto. Sua avaliação deverá ser assinalada com um “X” na escala do tipo Likert, com pontuação de um (1) a quatro (4), sendo: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = pouco relevante (item necessita de grande revisão para ser representativo); 3 = relevante (item necessita de pequena revisão para ser representativo); 4 = item relevante ou representativo. Poderá ser usado os espaços para observações quando julgar necessário fazer algum acréscimo, sugestões e/ou justificativas. É um processo rápido e ocupará em torno de 40 minutos, pois trata-se de um formulário de fácil preenchimento.

DADOS DOS PERITOS						
<b>Data:</b>				<b>Profissão:</b>		
<b>Nível de escolaridade</b> (indique com um x abaixo da opção selecionada):	Mestre	Doutor	<b>Gênero</b> (indique com um x abaixo da opção selecionada):	Feminino	Masculino	Outro
<b>Experiência em</b> (indique com um x abaixo da opção selecionada):	Núcleo de Segurança do Paciente	Qualidade em Saúde	Educação Continuada/ Permanente	Clínica hospitalar	Docência	Pesquisa em segurança do paciente ou educação em saúde
<b>Tempo de atuação em anos</b> (descrever):						

AVALIAÇÃO PERITOS						
APARÊNCIA		Avaliação do Comitê de Especialistas				Observações
		Correspondência				
1	Aparência do Material Educativo: linguagem, ilustrações, legibilidade, design.	1	2	3	4	
CAPA Página 1						
1	Segurança do Paciente para Pacientes	1	2	3	4	
	Informações à pacientes e familiares sobre: higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta dos pacientes e medicação sem falhas.					
CONTEÚDO						
Higiene das Mãos Página 3						
1	Como evitar infecções nos serviços de saúde?	1	2	3	4	
Página 4						
2	Todos os profissionais devem higienizar as mãos antes de tocar em você.	1	2	3	4	
3	A higiene das mãos deve ser realizada por todos os profissionais.	1	2	3	4	
4	Os momentos adequados são antes e depois de (itens 5 à 13):	1	2	3	4	
5	Tocar cada paciente.	1	2	3	4	

6	Fazer uma injeção.	1	2	3	4	
7	Oferecer a medicação.	1	2	3	4	
8	Mexer no soro.	1	2	3	4	
9	Oferecer a dieta.	1	2	3	4	
10	Trocar a fralda, a comadre ou o papagaio.	1	2	3	4	
11	Ajudar o paciente no banho.	1	2	3	4	
12	Ajudar o paciente no banheiro.	1	2	3	4	
13	Tocar na cama, lençol, escrivaninha, suporte de soro.	1	2	3	4	
14	Observe ou pergunte ao profissional se ele higienizou as mãos. É seu direito.	1	2	3	4	
<b>Página 5</b>						
15	E você, já higienizou as mãos hoje?	1	2	3	4	

16	A higienização das suas mãos nesses momentos também é importante para evitar infecções.	1	2	3	4	
17	Os profissionais de saúde devem orientar você a lavar das mãos, praticamente nos mesmos momentos que faz em casa (itens 18 à 25):	1	2	3	4	
18	Quando as mãos estiverem sujas.	1	2	3	4	
19	Antes de comer.	1	2	3	4	
20	Antes de tomar remédios ou colocar qualquer coisa na boca.	1	2	3	4	
21	Depois de usar o banheiro ou a comadre.	1	2	3	4	
22	Após tossir, espirrar ou tocar o nariz ou a boca.	1	2	3	4	
23	Antes de tocar em curativos, feridas, sonda, acesso venoso.	1	2	3	4	
24	Depois de retornar de exames ou procedimentos.	1	2	3	4	
25	Antes e depois de receber visitas.	1	2	3	4	
<b>Prevenção de Quedas</b>						
<b>Página 6</b>						

26	Como as quedas podem ser evitadas?	1	2	3	4	
<b>Página 7</b>						
27	A avaliação do risco de queda deve ser feita diariamente pelo enfermeiro.	1	2	3	4	
28	Caso você tenha maior risco de cair deve receber uma pulseira de cor diferente ou deve ser escrito em uma placa no seu leito.	1	2	3	4	
29	Os profissionais de saúde devem orientar você sobre como evitar as quedas (itens 30 à 35):	1	2	3	4	
30	A campanha deve ser deixada ao seu alcance sempre.	1	2	3	4	
31	Não tente sair da cama sozinho.	1	2	3	4	
32	Nunca deixe de pedir ajuda quando precisar.	1	2	3	4	
33	As grades do leito devem estar elevadas.	1	2	3	4	
34	As camas precisam ser travadas.	1	2	3	4	
35	Importante o uso de sapatos que não escorreguem.	1	2	3	4	
<b>Página 8</b>						

36	A equipe de saúde deve manter sempre o ambiente organizado (itens 37 à 40):	1	2	3	4	
37	Fios, cabos, suporte de soro, escada, mantido fora do seu caminho.	1	2	3	4	
38	O ambiente deve estar claro: luzes acesas (exceto à noite enquanto você dorme).	1	2	3	4	
39	Os seus itens pessoais devem ficar ao seu alcance.	1	2	3	4	
40	Sempre guarde o que não estiver usando.	1	2	3	4	
41	O banheiro é um ambiente de risco para as quedas, por isso (itens 42 à 44):	1	2	3	4	
42	A equipe de enfermagem deve ajudar você para ir ao banheiro: usar o vaso sanitário, tomar banho ou limpar os dentes.	1	2	3	4	
43	Na hora do banho, deixe os chinelos do lado de fora do banheiro para não molhar.	1	2	3	4	
44	Podem ser programados horários para os profissionais de enfermagem acompanharem você no banheiro.	1	2	3	4	
<b>Página 9</b>						
45	Outras orientações para prevenir as quedas (itens 46 à 50):	1	2	3	4	

46	A equipe de saúde deve ajudar você a sair da cama ou cadeira.	1	2	3	4	
47	Se precisar, saia lentamente do leito, aguarde sentado por 5 à 10 minutos e somente após esse tempo, saia da cama ou cadeira.	1	2	3	4	
48	O médico e o enfermeiro precisam orientar sobre os medicamentos que causam tonturas.	1	2	3	4	
49	O seu acompanhante também pode ajudar.	1	2	3	4	
50	Os profissionais estão à disposição para ajudar, por isso não deixe de chamar a equipe de saúde.	1	2	3	4	
<b>Correta Identificação do Paciente</b>						
<b>Página 10</b>						
51	Como evitar falhas de identificação nos serviços de saúde?	1	2	3	4	
<b>Página 11</b>						
52	A confirmação de medicamentos, exames, dietas e procedimentos ajudam a prevenir falhas.	1	2	3	4	
53	Você deve estar identificado corretamente com uma pulseira.	1	2	3	4	
54	Confira sempre se o que está escrito na pulseira está correto ou peça a um familiar para fazer isso por você.	1	2	3	4	
55	Para evitar falhas, antes de qualquer procedimento é sempre importante o profissional conferir seu nome completo e mais	1	2	3	4	



	algum dado seu como (itens 56 à 58):					
56	Nome da mãe ou;	1	2	3	4	
57	Número do documento ou;	1	2	3	4	
58	Número do seu prontuário.	1	2	3	4	
<b>Página 12</b>						
59	Antes de fazer os cuidados recomendados para você, os profissionais de saúde devem conferir se estão fazendo o cuidado certo no paciente certo (itens 60 à 64):	1	2	3	4	
60	Antes de todos os medicamentos: insulina, medicamentos na veia, pelo músculo, na boca e outros.	1	2	3	4	
61	Antes de exames de raio X, tomografia, ultrassonografia, e outros.	1	2	3	4	
62	Antes de exames de sangue (o seu nome completo deve estar correto nos frascos de sangue).	1	2	3	4	
63	Antes de passar sondas e passar por outros cuidados os profissionais devem conferir seu nome na pulseira.	1	2	3	4	
64	Sua comida também deve estar com seu nome correto na bandeja. Antes de oferecer sua comida os profissionais devem checar se está correta.	1	2	3	4	
65	Mesmo que o profissional já conheça você, é sempre importante conferir.	1	2	3	4	

Segurança Medicamentosa						
Página 13						
66	Como as falhas de medicação podem ser evitadas?	1	2	3	4	
Página 14						
67	Conhecer os medicamentos que está usando e aqueles que usará em casa é um direito seu.	1	2	3	4	
68	Os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmacêutico) devem orientar você sobre (itens 69 à 74):	1	2	3	4	
69	O tipo de medicamento que está usando.	1	2	3	4	
70	Para que serve.	1	2	3	4	
71	As reações que pode causar.	1	2	3	4	
72	O tempo que deverá tomar.	1	2	3	4	
73	A dosagem.	1	2	3	4	
74	Quantas vezes por dia deve usar.	1	2	3	4	
75	Os profissionais devem conferir junto com você, seu nome e documento de identidade, data de nascimento ou número do prontuário antes de receber a medicação. É seu direito.	1	2	3	4	

Página 15						
76	Tem dúvidas sobre como será após a alta?	1	2	3	4	
77	Os profissionais devem responder as suas dúvidas antes da alta, sobre (itens 78 à 83):	1	2	3	4	
78	A dosagem do medicamento prescrito.	1	2	3	4	
79	O tempo de uso.	1	2	3	4	
80	Os horários para administração.	1	2	3	4	
81	Como e onde armazenar.	1	2	3	4	
82	As reações que podem ocorrer.	1	2	3	4	
83	Os cuidados com o medicamento.	1	2	3	4	
84	Caso precise, as orientações podem ser oferecidas por escrito.	1	2	3	4	
85	Os profissionais precisam deixar claro à quem pedir ajuda caso você enfrente algum problema com o medicamento prescrito.	1	2	3	4	

**APENDICE 5 – Dados sociodemográficos e clínicos**

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. Idade:**

- 18 a 24 anos  25 a 39 anos  40 a 59 anos  60 a 79 anos  
 80 anos ou mais

**2. Gênero:**  masculino  feminino  outro \_\_\_\_\_**3. Estado civil:**

- casado  solteiro  viúvo  união estável  divorciado

**4. Escolaridade:**

- não alfabetizado  
ensino fundamental  completo  incompleto  
ensino médio  completo  incompleto  
ensino superior  completo  incompleto

**5. Renda salarial média:**

- inferior a 1 salário mínimo  1 a 3 salários mínimos  
 4 a 6 salários mínimos  7 a 9 salários mínimos  
 superior a 10 salários mínimos

**6. Antecedentes pessoais de doenças crônicas:**

- H.A.S  D.M  
 outros \_\_\_\_\_

**7. Pessoas do convívio:**

- companheiro  filhos  netos  só  
 outros \_\_\_\_\_

## APENDICE 6 – Livreto Educativo



Pesquisa de Doutorado da Universidade Federal de São Carlos.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2021

Livreto Educativo: SEGURANÇA DO PACIENTE: informações importantes a pacientes e acompanhantes sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta e medicação sem falhas.

Autora: Maira Gabriela Perego

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

Designer: Mariana Heiderich Morgado

## Como evitar infecções nos serviços de saúde?

Entenda o que pode ser feito e como ajudar.



### Todos os profissionais devem higienizar as mãos antes de atender você.

A higiene das mãos **deve** ser realizada por **todos os profissionais** com água e sabão ou álcool em gel 70%.

Os momentos adequados são antes e depois de:



Observe e na dúvida pergunte se o profissional higienizou as mãos. É seu direito.

E você, **já higienizou as mãos hoje?**

A **higienização das suas mãos** nesses momentos também **é importante para evitar infecções.**

Você **deve** lavar as mãos ou usar álcool em gel **%70.**



Quando as mãos estiverem sujas sempre lavar;



Antes de comer;



Antes de tomar remédios ou colocar qualquer coisa na boca;



Antes e depois de usar o banheiro ou a comadre;



Após tossir, espirrar ou tocar o nariz ou a boca;



Antes e depois de tocar em curativos, feridas, sonda, acesso venoso;



Depois de retornar de exames ou procedimentos;



Antes e depois de receber visitas.

## Como evitar as quedas durante a internação?

Entenda o que pode ser feito e como ajudar.



## A avaliação do risco de quedas, ou seja, de você cair deve ser feita diariamente pela equipe de saúde.

Caso seu **risco de queda** seja alto, você deve receber uma **pulseira de cor diferente** ou essa **informação deve estar escrita**. Observe!

Em geral, as orientações para **evitar quedas** são:



A campainha deve ser deixada ao seu alcance sempre;



As grades do leito devem estar elevadas;



Não tente sair da sua cama ou poltrona sozinho;



As camas precisam ser travadas;



Nunca deixe de pedir ajuda quando precisar;



É importante usar sapatos que não escorreguem.

A equipe de saúde, pacientes e acompanhantes **devem** manter **sempre** o ambiente **organizado**:



Fios, cabos, suporte de soro, escada devem ser mantidos fora do seu caminho;



O ambiente deve estar claro: luzes acesas (exceto à noite enquanto você dorme);



Seus itens pessoais devem ficar ao seu alcance;



Sempre guarde o que não estiver usando.

O **banheiro** é um **ambiente de risco** para quedas, por isso:



Peça ajuda para usar o vaso sanitário, tomar banho ou escovar os dentes;

Use as barras de segurança do banheiro para se apoiar;



Na hora do banho, use chinelos para não escorregar e após terminar o banho use um chinelo seco:

Programe junto com a equipe de enfermagem horários para acompanharem você no banheiro.



**Nunca fique envergonhado em pedir ajuda à equipe de saúde.**



## Outras orientações para prevenir as quedas:

A equipe de saúde deve ajudar você a sair da cama ou cadeira. Solicite ajuda;



Se precisar, saia lentamente do leito, aguarde sentado por 5 à 10 minutos e somente após esse tempo, saia da cama ou cadeira;



O médico e o enfermeiro precisam orientar sobre os remédios que causam tonturas. Peça esclarecimentos;



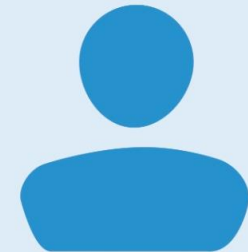
O seu acompanhante também pode ajudar.



Os profissionais estão à **disposição para ajudar**, por isso **não deixe de chamar** a equipe de saúde.

## Como evitar falhas de identificação nos serviços de saúde?

Entenda o que pode ser feito e como ajudar.



## A confirmação de seus dados de identificação antes de receber seu remédio, ou de realizar exames e procedimento ajudam a prevenir falhas.

A **identificação correta do paciente** é uma forma de **garantir** que os **procedimentos ou tratamentos** sejam **destinados ao paciente correto**. Para isso:



Você **deve** estar identificado **pelo seu nome correto com uma pulseira**;

Caso você tenha **alergias**, sua pulseira pode ser de outra cor;



Confira **sempre** se o que está **escrito na pulseira** está correto ou peça ao **acompanhante** para fazer isso por você.

Para **evitar falhas**, antes de qualquer procedimento **é sempre importante o profissional conferir** seu nome completo e mais algum dado seu como:

- data de nascimento
- nome da mãe;
- número do documento;
- número do seu pontuário.

**Participe! Confirme seus dados junto com o profissional de saúde.**

Antes de fazer os cuidados recomendados para você, os profissionais de saúde **devem perguntar seu nome completo e data de nascimento e conferir os dados na pulseira de identificação**. Os momentos para isso não:

• Antes de todos os remédios: insulina, medicamentos na veia, no músculo, pela boca e outros;



• Antes de exames de raios X, tomografia, ultrassonografia e outros;



• Antes de exames de sangue (o seu nome completo deve estar correto nos frascos de sangue);



• Antes de verificar sua temperatura, pulso ou passar sondas e fazer outros cuidados;



• Sua comida também deve estar com seu nome correto na bandeja. Antes de oferecer sua comida, os profissionais devem checar se está correta.



**A equipe de saúde sempre deve perguntar seus dados de identificação. Mesmo que os profissionais já conheçam você, é sempre importante conferir.**



## Como as falhas de medicação podem ser evitadas?

Entenda o que pode ser feito e como ajudar.

**Conhecer os remédios que está usando usando e aqueles que usará em casa é um direito seu.**

Os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmacêutico) devem orientar você sobre:

- o tipo de medicamento que está usando;
- para que serve;
- as reações que pode causar;
- o tempo que deverá tomar;
- a dosagem;
- quantas vezes por dia deve usar.

**Também deve** perguntar se você já teve **alergia** à algum remédio e que **remédios usa em casa**.

**Antes de receber seu remédio** os profissionais devem **conferir junto com você, seu nome e data de nascimento** ou outro dado como: nome da mãe, documento de identidade ou número do prontuário. É seu direito.



## Tem dúvidas sobre como será após a alta? Pergunte.

Os profissionais devem responder as suas dúvidas antes da alta sobre:

- a dosagem do remédio prescrito;
- o tempo de uso;
- forma de uso: por boca, injeção ou outro;
- os horários para administração;
- como e onde guardar;
- as reações que podem ocorrer;
- os cuidados com o remédio;

Caso precise, peça para que as informações sejam entregues por escrito à você ou algum familiar.

Os profissionais precisam deixar claro à quem pedir ajuda caso você tenha algum problema ou tenha dúvidas com o remédio prescrito.



Universidade Federal de São Carlos.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.



## APÊNDICE 7 – Carta Convite Explicativa Peritos

Carta com orientações aos peritos sobre a participação na validação de conteúdo e aparência do material educativo intitulado:

“Segurança do Paciente:

Informações importantes a pacientes e familiares sobre higiene das mãos, evitar quedas, identificação correta dos pacientes e medicação sem falhas”.

Prezada Profa.,

Eu, Maira Gabriela Perego, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), sob orientação da Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão vimos por meio desta carta convidá-lo (a) para participar do estudo intitulado: "Intervenção Educativa sobre Segurança do Paciente: pesquisa quase-experimental", cujo objetivo geral é analisar o/os efeito/os de uma intervenção educativa em segurança do paciente e suas relações com o autocuidado e a autoeficácia dos pacientes.

Considerando sua experiência profissional e seus conhecimentos científicos na temática Segurança do Paciente, Qualidade em Saúde, Educação Continuada/Permanente, Clínica Hospitalar, Docência ou Educação em Saúde, gostaríamos de contar com a sua colaboração neste estudo como perito no processo de validação de conteúdo e aparência do material educativo.

A carta convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o formulário para preenchimento dos seus dados e avaliação do material educativo foram enviados em anexo no e-mail.

Analise a linguagem utilizada, ilustrações, legibilidade e design de cada tópico proposto.

A **linguagem** refere-se à compreensão adequada dos conceitos e ideias que se quer transmitir, com palavras comuns e de fácil entendimento aos pacientes.

As **ilustrações** precisam ser simples e funcionais, utilizadas para compor o texto e não serem meramente ilustrativas.

A avaliação da **legibilidade** determina a facilidade da leitura, por isso é necessário considerar as habilidades de leitura e escrita dos pacientes que receberão as informações (em sua maioria, leigos). Envolve aspectos como a escrita, o layout, design e as imagens.

Por último, o **design** inclui a fonte e o tamanho da letra utilizada, destaques em negrito, comprimento da linha, cores utilizadas e a visibilidade do material.

Sua avaliação deverá ser assinalada com um “X” na escala do tipo Likert, com

pontuação de um (1) a quatro (4), sendo:

1 = não relevante ou não representativo;

2 = pouco relevante (item necessita de grande revisão para ser representativo);

3 = relevante (item necessita de pequena revisão para ser representativo);

4 = item relevante ou representativo.

Poderão ser usados os espaços para observações quando julgar necessário fazer algum acréscimo, sugestões e/ou justificativas. O preenchimento do formulário ocupará em torno de 40 minutos, pois trata-se de um formulário de fácil preenchimento.

Sua participação neste processo de validação é imprescindível para o sucesso do material educativo que será elaborado.

Agradecemos imensamente a atenção dispensada, e, se concordar em participar por favor, preencha e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário de avaliação do material educativo.

Caso seja do seu interesse podemos enviar pelos correios, uma via do TCLE assinada. Nos colocamos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profª Anamaria Alves Napoleão

Orientadora / Programa de Pós Graduação em Enfermagem – UFSCAR

[anamaria@ufscar.br](mailto:anamaria@ufscar.br)

Maira Gabriela Perego

Doutoranda / Programa de Pós Graduação em Enfermagem – UFSCAR

[maira\\_perego@hotmail.com](mailto:maira_perego@hotmail.com)



## ANEXO 1 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida

### ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999.

Versão Inicial Brasileira Sbicigo, Teixeira, Dias, & Dell'aglio, 2012.

Versão Brasileira Final Gomes-Valério, 2016.

NOME: _____  Data: ____ / ____ / ____	Registro: _____
---	-----------------

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito
---------------------------------	--	---	--

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la.	1	2	3	4

## ANEXO 2 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado

**INSTRUÇÕES:** Leia cada afirmação para o(a) entrevistado(a) e circule o número apropriado, que indica quanto ele (a) concorda ou discorda de cada uma delas, ou está indeciso, conforme a sua própria descrição. Não há respostas corretas ou incorretas.

ITENS	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5. Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	1	2	3	4	5
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim	1	2	3	4	5
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9. Procuro alimentar-se de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12. Com o passar dos anos fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5



<b>15.</b> De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>16.</b> Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17.</b> No passado, mudei alguns dos meus costumes para melhorar a minha saúde.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18.</b> Normalmente tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19.</b> Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>20.</b> No meu dia-a-dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>21.</b> Se eu tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolve-lo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>22.</b> Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>23.</b> Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24.</b> Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>