

Avaliação da segurança do paciente sob sua perspectiva na pandemia de COVID-19

Assessment of patient safety from their perspective during the COVID-19 pandemic
Evaluación de la seguridad del paciente desde su perspectiva en la pandemia de COVID-19



Barbara Peres Gama^a
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello^b
Diovane Ghignatti da Costa^c
Elena Bohomol^d

RESUMO

Objetivo: avaliar a segurança do paciente, sob sua perspectiva, durante a internação por COVID-19 em um hospital universitário.

Método: estudo transversal, realizado em um hospital universitário, na cidade de São Paulo, com pacientes internados devido à COVID-19. A amostra incluiu 129 participantes, internados entre março de 2020 e junho de 2021, que responderam ao instrumento *Patient Measure of Safety*. Foram aplicadas estatísticas descritivas e testes de correlação para verificar fatores sociodemográficos, comorbidades e sintomatologias relacionados ao escore total e a cada domínio do instrumento.

Resultados: a maioria era do sexo masculino (50,8%), tinha idade igual ou inferior a 56 anos (51,9%) e era branca (43,8%). O valor médio geral do *Patient Measure of Safety* foi de $3,8 \pm 0,4$, com variações entre $3,0 \pm 0,4$, no domínio "equipamento", e $4,1 \pm 0,5$ no domínio "comunicação e trabalho em equipe". Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e comorbidades em relação à percepção de segurança. Houve significância estatística na percepção em pacientes que apresentaram sintomas específicos como tosse ($p=0,018$), náuseas e vômito ($p=0,020$) e diarreia ($p=0,013$) refletindo percepção menos favorável de segurança.

Conclusão: os participantes avaliaram a segurança do cuidado com pontuação mais alta o domínio "comunicação e trabalho em equipe".

Descritores: Segurança do Paciente. Participação do Paciente. COVID-19. Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Objective: to assess patient safety, from their own perspective, during hospitalization for COVID-19 in a university hospital.

Method: cross-sectional study conducted in a university hospital in São Paulo, Brazil, involving patients hospitalized due to COVID-19. The sample included 129 participants hospitalized between March 2020 and June 2021 who responded to the Patient Measure of Safety instrument. Descriptive statistics and correlation tests were used to analyze sociodemographic factors, comorbidities, and symptomatology related to the total score and each domain of the instrument.

Results: the majority of participants were male (50.8%), aged 56 years or younger (51.9%), and white (43.8%). The overall mean score of Patient Measure of Safety was 3.8 ± 0.4 , with variations between 3.0 ± 0.4 , in the "equipment" domain, to 4.1 ± 0.5 , in the "communication and teamwork" domain. There were no statistically significant differences among sociodemographic variables and comorbidities regarding safety perception. Statistical significance results were observed among those with specific symptoms such as cough ($p=0.018$), nausea and vomiting ($p=0.020$) and diarrhea ($p=0.013$) reflecting less favorable perception of safety.

Conclusion: participants assessed the safety of care with the highest score in the "communication and teamwork" domain.

Descriptors: Patient Safety. Patient Participation. COVID-19. Patient-Centered Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la seguridad del paciente, desde su propia perspectiva, durante la hospitalización por COVID-19 en un hospital universitario.

Método: estudio transversal, realizado en un hospital universitario en São Paulo, Brasil, con pacientes hospitalizados por COVID-19. La muestra incluyó a 129 participantes hospitalizados entre marzo de 2020 y junio de 2021 quienes respondieron al instrumento *Patient Measure of Safety*. Se utilizaron estadísticas descriptivas y testes de correlación para analizar los factores sociodemográficos, comorbidades y sintomatología en relación con la puntuación total y de cada dominio del instrumento.

Resultados: la mayoría de los participantes eran hombres (50,8%), tenían 56 años o menos (51,9%) y eran de raza blanca (43,8%). La puntuación media global del *Patient Measure of Safety* fue de $3,8 \pm 0,4$, con variaciones desde $3,0 \pm 0,4$, en el dominio "equipamiento", hasta $4,1 \pm 0,5$ en el dominio "comunicación y trabajo en equipo". No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las comorbidades en relación con la percepción de seguridad. Se encontró significancia estadística entre aquellos con síntomas específicos como tos ($p=0,018$), náuseas y vómitos ($p=0,020$) y diarrea ($p=0,013$) lo que refleja una percepción menos favorable de la seguridad.

Conclusión: los participantes evaluaron la seguridad de la atención con la puntuación más alta en el dominio "comunicación y trabajo en equipo".

Descriptor: Seguridad del Paciente. Participación del Paciente. COVID-19. Atención Dirigida al Paciente.

Como citar este artigo:

Gama BP, Ferreira de Mello ALS, Costa DG, Bohomol E. Avaliação da segurança do paciente sob sua perspectiva na pandemia de COVID-19. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240068. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240068.pt>

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Odontologia. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

^c Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

^d Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de Enfermagem. Departamento de Administração em Serviços de Saúde e Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, apesar de receber atenção de gestores e prestadores de serviços de saúde há pelos menos duas décadas, constitui-se, atualmente, como um grave problema de saúde pública, de acordo com as estimativas alarmantes divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca da ocorrência de danos evitáveis associados à assistência em saúde em países de alta renda e subdesenvolvidos⁽¹⁾. Em seu Plano de Ação Global para a atual década, até 2030, a OMS amplia o conceito de segurança do paciente e desafia todos a pensar em uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduzem riscos de forma consistente e sustentável, diminuindo a ocorrência de dano evitável, tornando os erros menos prováveis e reduzindo o impacto do dano quando este ocorrer⁽¹⁾.

Entre os objetivos estratégicos propostos pela OMS, tem-se como foco a importância envolver e capacitar pacientes e seus familiares a participarem de um cuidado mais seguro, desafiando a todos a aprender a partir dessa experiência para criar soluções mais efetivas em busca das melhorias necessárias na atenção à saúde⁽¹⁾. A participação dos pacientes e de seus familiares na avaliação da segurança dos serviços de saúde é fundamental para aprimorá-los, mostrando a importância de tratar os pacientes com dignidade, compaixão e respeito, coordenar o atendimento de forma personalizada e capacitar os pacientes a desenvolver suas habilidades para a independência na avaliação de seu cuidado, priorizando a segurança da assistência⁽²⁾.

Proporcionar uma experiência positiva ao paciente, associando a prática de segurança e a qualidade assistencial, inclui os aspectos físico, mental, espiritual e cultural. O cuidado holístico, a comunicação clara e objetiva, o compartilhamento da tomada de decisão diante do tratamento e a empatia são integrantes do cuidado centrado no paciente. A experiência individual está associada à forma como são percebidas a individualização do seu cuidado, a qualidade da prestação de serviços e sua segurança dentro de todos os cenários de assistência^(2,3).

Os relatos dos pacientes sobre a sua segurança oferecem uma perspectiva valiosa aos serviços, uma vez que estes reconhecem situações de potencial risco a que estão submetidos⁽⁴⁾. No contexto da pandemia de COVID-19, novos riscos à assistência foram observados, e outros tipos de eventos adversos, notificados, com implicações importantes para a segurança do paciente, em função da revisão de processos de trabalho, devido à gravidade dos sintomas, presença de comorbidades, instabilidade clínica, altas taxas de óbitos,

escassez de recursos materiais e estruturais e sobrecarga laboral^(5,6).

Acerca da percepção dos pacientes sobre o cuidado prestado, um estudo norte americano evidenciou que pacientes diagnosticados com COVID-19 expressaram maior gratidão, quando comparados a pacientes com outros diagnósticos, associada ao atendimento qualificado e à pontualidade da equipe de saúde em atender suas demandas, por se sentirem ouvidos⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, estudo inglês conclui que, apesar das adversidades geradas pela pandemia, os pacientes sentiram-se seguros, devido ao compartilhamento de informações sobre o tratamento, à garantia da privacidade e à atenção relacionada a queixas físicas⁽⁸⁾.

Mesmo que mudanças assistenciais e ambientais ocorridas nas instituições de saúde em virtude da pandemia fossem necessárias, elas trouxeram o desafio de conhecer a experiência do paciente diante desse novo tipo de atendimento e, assim, adequar o serviço e buscar qualidade, segurança e satisfação⁽²⁾. A experiência e o conhecimento dos pacientes sobre o seu cuidado desempenham um papel fundamental na melhoria de sua segurança, pois são a parte interessada dentro do sistema de saúde⁽⁹⁾.

No Brasil, a pandemia trouxe diversos desafios para os serviços de saúde, mas também proporcionou aprendizados, conquistas significativas relacionadas aos avanços na ciência, pesquisa e adoção de tecnologias inovadoras que podem gerar novas estratégias para a melhoria da assistência e impactar positivamente a segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

Ao considerar que a visão dos pacientes é importante e necessária para avançar no seu envolvimento para a segurança do processo assistencial, como mais uma barreira de segurança⁽⁴⁾ apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: como pacientes internados por COVID-19 avaliam a segurança do cuidado em um hospital universitário? Este estudo tem como objetivo avaliar a segurança do paciente, sob sua perspectiva, durante a internação por COVID-19 em um hospital universitário.

■ MÉTODO

Estudo transversal, do tipo *survey*, estruturado e relatado conforme as recomendações do guia *STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology* (STROBE).

Foi realizado no Hospital São Paulo - Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (HU-UNIFESP) - na Unidade de Tratamento da COVID-19. Trata-se de um hospital geral de grande porte e alta complexidade, com atendimento prestado majoritariamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). É um HU de referência que oferece atendimento à saúde nas modalidades de urgência e emergência, internação e

ambulatorial. O hospital contava, em 2020/2021, com 745 leitos e possuía 110 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, sendo 73 leitos exclusivos para COVID-19. Após a alta da UTI, os pacientes eram admitidos em unidades destinadas à internação de pacientes adultos até a sua saída da instituição, com atendimento exclusivamente ao SUS.

A instituição forneceu quatro listas em que constavam o nome, a data da internação e alta e os números de telefones fixos ou celulares dos pacientes, no período de março de 2020 a junho de 2021, e a coleta de dados estava relacionada à alta do paciente, independentemente de quando tenha ocorrido. Considerou-se como população os 1.139 pacientes que tiveram alta das unidades de internação hospitalar destinadas a pacientes com COVID-19 no período do estudo.

O cálculo da amostra foi realizado para estimar uma média, com base na margem de erro absoluta, utilizando o programa WinPepi, versão 11.65. Foram considerados o nível de confiança de 95%, a margem de erro de 0,3 pontos e o desvio padrão (DP) de 1,28⁽¹¹⁾, definindo-se o tamanho da amostra de 136 pacientes.

Os critérios de inclusão foram ser maior de 18 anos, ter boa compreensão do idioma português do Brasil, tempo mínimo de internação de 72 horas, para permitir ao paciente o conhecimento da dinâmica da instituição e consequente resposta aos itens do questionário. Os critérios de exclusão foram ser pacientes com doença avançada ou em uso de sedação, possuir alterações neurológicas ou psiquiátricas e ser debilitados ou angustiados, isto é, que expressassem dificuldade em falar sobre o assunto.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi dividido em duas partes. A primeira foi para a caracterização dos participantes com as seguintes variáveis exploratórias: idade; sexo; etnia; escolaridade; renda familiar; número de moradores na residência; tabagismo; tempo de internação; tempo de internação em UTI; uso de ventilação mecânica; comorbidades associadas; e sintomas apresentados durante a internação. A segunda continha o questionário *Patient Measure of Safety* (PMOS)⁽¹²⁾, desenvolvido por pesquisadores do *Yorkshire Quality and Safety Research Group* (YQSR Group), a partir de 2011, na Inglaterra, e validado para a língua portuguesa do Brasil⁽¹³⁾. O instrumento possibilita uma avaliação dos fatores locais e organizacionais que podem contribuir para a segurança do paciente.

O questionário contém 44 questões, distribuídas em nove domínios, sendo: 1: comunicação e trabalho em equipe (9 itens); 2: organização e planejamento do cuidado (5 itens); 3: acesso a recursos (4 itens); 4: tipo e apresentação da enfermagem (11 itens); 5: fluxo da informação (3 itens); 6: atribuições e responsabilidades da equipe (4 itens); 7: treinamento da equipe (2 itens); 8: equipamento (*design*

e funcionamento) (2 itens); e 9: atrasos (2 itens). O item 1 (Eu sempre fui tratado com dignidade e respeito) não está incluído em nenhum dos domínios, e o item 25 (Outros - por favor especifique), apesar de constar no domínio 4, "tipo e apresentação da enfermagem", não soma na totalização dos itens desse domínio⁽¹³⁾.

As respostas utilizaram a escala Likert, que avalia o nível de concordância do respondente ao item da questão em uma escala de um a cinco, sendo 1 "discordo totalmente", 2, "discordo", 3, "não concordo nem discordo", 4, "concordo", e 5, "concordo totalmente", com a opção de "não se aplica" (NA) e "prefiro não responder"⁽¹¹⁻¹³⁾.

A abordagem aos pacientes selecionados seguiu um roteiro para pesquisas remotas realizadas por telefone junto à aplicação do instrumento, preconizado no Manual de Coleta de Dados para Aplicação do *Patient Measure of Safety* (PMOS)⁽¹⁴⁾. A ligação telefônica foi realizada da instituição de ensino vinculada ao hospital universitário e gravada em áudio, com auxílio de aparelho celular, do tipo *smartphone*, do pesquisador, sendo a gravação posteriormente enviada para o e-mail da pesquisa (projetoCOVID19ufsc@gmail.com) e armazenada no *drive* da mesma. Houve tentativa de contato de até três vezes com todos os pacientes da lista.

Os dados coletados para a análise foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Office Excel*® e verificados por outro pesquisador para confirmar a correta inserção das informações, sendo posteriormente analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 25. Foi realizada a análise de estatística descritiva, utilizando as medidas de média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartil, além do mínimo e máximo dos escores do PMOS, bem como frequências relativas e absolutas das variáveis exploratórias que foram analisadas como categóricas.

Os resultados consideraram a pontuação de cada domínio do questionário, obtida por meio do cálculo da média das respostas de todos os itens que formam o domínio, com valores entre 1 e 5. As pontuações altas indicam resposta mais positiva. Foram codificados como "dados ausentes" quando os escores não estavam disponíveis para pelo menos dois itens dentro de um domínio. Nas questões reversas, isto é, para aquelas em que o participante discordou do item formulado negativamente, porém expressou sua opinião de modo positivo, o cálculo foi realizado com valores entre 5 e 1^(11,13).

Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade das variáveis contínuas. Foram aplicados os testes paramétricos e não paramétricos, como correlação de Pearson (utilizado para verificar a correlação dos dados do PMOS com variáveis contínuas), *Analysis of Variance* (ANOVA) (para dados com distribuição normal em mais de dois grupos) e Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (utilizados para dados não

normais em dois ou mais grupos). Quando significativo, o teste *post-hoc* de Tukey foi utilizado. Em todos os testes, um valor de $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, conforme Parecer nº 4.381.848 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 38912820.3.2003.5505, e respeitou as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados dos objetivos e métodos da pesquisa e sobre o sigilo e confidencialidade dos dados coletados, por meio da anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes, as respostas gravadas foram identificadas pela palavra “Questionário”, seguida por um número arábico, em ordem crescente.

■ RESULTADOS

Dos 1.139 pacientes, 627 foram considerados como perdas pelas seguintes razões: telefone não correspondia ao paciente (n=48); paciente negou-se a participar (103); três tentativas de contato sem sua efetivação (n=466); desistências em participar (n=10). Assim, totalizaram 512 pacientes. Uma vez contatados, 376 não atenderam ao critério de inclusão.

As exclusões se deveram ao paciente ser menor de 18 anos (n=28); ter internação menor que 72 horas (n=183); paciente ir a óbito após a alta (n=55); paciente não ter COVID-19 (n=32); outras relacionadas às condições do paciente em participar (n=78). Assim, participaram do estudo 136 pacientes. Entretanto, 129 compuseram a amostra final pois sete entrevistas não possuíam as respostas aos itens segundo os requisitos exigidos para análise do PMOS.

Os participantes foram majoritariamente do sexo masculino (50,8%), com idade menor ou igual a 56 anos (51,9%), brancos (43,8%), com ensino médio completo (38,7%), com renda familiar de até R\$2.090 (40,2%), cuja residência totalizava três pessoas (33,3%) e não tabagistas (59,7%). Com relação às variáveis de internação pela COVID-19, verificou-se que a maioria dos pacientes ficaram internados por até 14 dias (55%), precisaram de internação em UTI (51,2%) e não fizeram uso de ventilação mecânica invasiva (76,7%) (Tabela 1).

Levando-se em consideração as comorbidades e as sintomatologias da COVID-19 entre os acometidos pela doença, a hipertensão arterial (59,7%), seguida de diabetes *mellitus* (37,5%), foram as comorbidades mais frequentes. Entre as sintomatologias, destacam-se a fadiga (74,4%), a falta de ar (72,9%), a dor no corpo (67,4%) e a febre (61,2) (Tabela 2).

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (n=129). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	65	50,8
Feminino	63	49,2
Idade		
<=56	67	51,9
>56	62	48,1
Etnia		
Branca	56	43,8
Preta	19	14,8
Parda	49	38,3
Indígena	2	1,6
Amarela	2	1,6
Escolaridade		
Analfabeto e ensino fundamental incompleto	33	25,6
Ensino fundamental completo	22	17
Ensino médio completo	50	38,7
Ensino superior completo	24	18,7

Tabela 1 - Cont.

Variáveis	n	%
Renda familiar		
Até R\$2.090	57	50,9
R\$2.091 a R\$5.225	29	25,9
Mais de R\$5.226	26	23,2
Número de residentes (n=126)		
1	12	9,5
2	40	31,7
3	42	33,3
4 ou mais	32	25,4
Tabagistas		
Não fumante	77	59,7
Fumante	9	7
Ex-fumante	43	33,3
Dias internado		
<=14 dias	71	55
>14 dias	58	45
Internado em UTI*		
Não	63	48,8
Sim	66	51,2
Uso de ventilação mecânica invasiva		
Não	99	76,7
Sim	30	23,3

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: *UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 2 - Caracterização das comorbidades e sintomatologias dos participantes (n=129). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Comorbidades				
Doença respiratória crônica	18	14	111	86
Hipertensão arterial sistêmica	77	59,7	52	40,3
Doenças cardiovasculares	26	20,2	103	79,8
Diabetes <i>mellitus</i>	48	37,5	80	62,5
Doenças renais	34	26,4	95	73,6
Obesidade	30	23,3	99	76,7
Câncer	10	7,8	119	92,2

Tabela 2 - Cont.

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sintomatologias				
Febre	79	61,2	50	38,8
Fadiga	96	74,4	33	25,6
Falta de ar	94	72,9	35	27,1
Tosse	69	53,5	60	46,5
Perda de olfato e paladar	63	48,8	66	51,2
Dor de cabeça	60	46,5	69	53,5
Dor no corpo (músculos e articulações)	87	67,4	42	32,6
Náuseas e vômito	36	28,1	92	71,9
Diarreia	49	38,3	79	61,7

Fonte: dados da pesquisa.

A média do PMOS variou de 3,0 a 4,1 entre os diferentes domínios, com um valor médio geral de 3,8 (DP=0,4), com as medianas (P50) entre 3,0 e 4,0 nos domínios. Observa-se que os participantes avaliaram os domínios 1, “comunicação e trabalho em equipe”, e 4, “tipo e apresentação da enfermaria”, de modo mais favorável, enquanto o domínio 8, “equipamento (*design* e funcionamento)”, teve avaliação menos favorável (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a correlação entre escores médios do PMOS e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes, e não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre elas. Observa-se que o sexo feminino, pessoas com idade >56, de etnia preta, ensino

médio completo, renda acima de R\$2.091, residindo em três pessoas na casa, tabagista, internados a menos de 14 dias e que não fizeram uso de ventilação mecânica invasiva apresentaram médias discretamente mais favoráveis ao escore médio dos domínios do PMOS.

A Tabela 5 apresenta a correlação entre escores médios do PMOS e as variáveis comorbidades e sintomatologias dos participantes. Aqueles que indicaram ter tido tosse, náuseas e vômito e diarreia apresentaram escores menos favoráveis em relação àqueles que não tiveram, com diferença estatisticamente significante ($p=0,018$; $p=0,020$; $p=0,013$ respectivamente).

Tabela 3 - Resultado do instrumento *Patient Measure of Safety* por domínios e geral (n=129). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Domínios	Média (DP*)	P50† [P25;P75]	Mín-Máx‡
1. Comunicação e trabalho em equipe	4,1 (0,5)	4,0 [3,9; 4,2]	2 - 5
2. Organização e planejamento do cuidado	3,9 (0,5)	4,0 [3,6; 4,2]	2 - 5
3. Acesso a recursos	3,9 (0,5)	4,0 [3,5; 4,0]	2 - 5
4. Tipo e apresentação da enfermaria	4,0 (0,4)	4,0 [3,8; 4,1]	2 - 5
5. Fluxo da informação	3,6 (0,7)	3,7 [3,3; 4,0]	1 - 5
6. Atribuições e responsabilidades da equipe	3,7 (0,8)	4,0 [3,0; 4,0]	2 - 5
7. Treinamento da equipe	3,8 (0,9)	4,0 [4,0; 4,0]	2 - 5
8. Equipamento (<i>design</i> e funcionamento)	3,0 (0,4)	3,0 [3,0; 3,0]	1 - 5
9. Atrasos	3,8 (0,7)	4,0 [3,5; 4,0]	2 - 5
Total	3,8 (0,4)	3,8 [3,6; 3,9]	3 - 5

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: *DP = desvio padrão; †P = Percentil; ‡min-max = pontuação mínima e pontuação máxima

Tabela 4 – Correlação dos escores médios do *Patient Measure of Safety* com as variáveis sociodemográficas e clínicas (n=129). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Variáveis	n	Patient Measure of Safety	
		Escore médio (DP*)	p-valor
Sexo			
Feminino	65	3,81 (0,38)	0,103†
Masculino	63	3,71 (0,34)	
Idade			
≤56 anos	67	3,75 (0,31)	0,844‡
>56 anos	62	3,77 (0,42)	
Etnia (n=128)			
Banca	56	3,75 (0,35)	0,419‡
Preta	19	3,85 (0,31)	
Parda	49	3,77 (0,40)	
Indígena	2	3,37 (0,32)	
Amarela	2	3,58 (0,22)	
Escolaridade			
Analfabeto e ensino fundamental incompleto	33	3,68 (0,28)	0,263‡
Ensino fundamental completo	22	3,70 (0,28)	
Ensino médio completo	50	3,83 (0,42)	
Ensino superior completo	24	3,79 (0,41)	
Renda familiar			
Até R\$2.090	57	3,75 (0,34)	0,757‡
R\$2.091 a R\$5.225	29	3,80 (0,39)	
Mais de R\$5.226	26	3,80 (0,37)	
Número de residentes			
1	12	3,77 (0,45)	0,343‡
2	40	3,69 (0,35)	
3	42	3,83 (0,31)	
4 ou mais	32	3,73 (0,42)	
Tabagistas			
Não fumante	77	3,74 (0,30)	0,462‡
Fumante	9	3,90 (0,42)	
Ex-fumante	43	3,75 (0,45)	
Dias internado			
≤14 dias	71	3,77 (0,34)	0,652‡
>14 dias	58	3,74 (0,40)	
Internado em UTI§			
Não	63	3,76 (0,34)	0,940‡
Sim	66	3,76 (0,39)	
Uso de ventilação mecânica invasiva			
Não	99	3,78 (0,34)	0,166†
Sim	30	3,68 (0,43)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: *DP = desvio padrão; †Teste t para amostras independentes. ‡Analysis of Variance (ANOVA); §UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 5 – Correlação dos escores médios do *Patient Measure of Safety* com as variáveis de comorbidades e sintomatologias (n=129). São Paulo, São Paulo, Brasil, 2023

Comorbidades e Sintomatologias	Patient Measure of Safety		
	n	Escore médio (DP)	p-valort†
Doença respiratória crônica			
Não	111	3,74 (0,37)	0,283
Sim	18	3,84 (0,36)	
Hipertensão arterial sistêmica			
Não	52	3,77 (0,36)	0,775
Sim	77	3,75 (0,37)	
Doenças cardiovasculares			
Não	103	3,77 (0,37)	0,688
Sim	26	3,73 (0,33)	
Diabetes <i>mellitus</i>			
Não	80	3,78 (0,38)	0,500
Sim	48	3,74 (0,33)	
Doenças renais			
Não	95	3,75 (0,38)	0,621
Sim	34	3,79 (0,32)	
Obesidade			
Não	99	3,78 (0,35)	0,175
Sim	30	3,68 (0,40)	
Câncer			
Não	119	3,74 (0,35)	0,079
Sim	10	3,95 (0,48)	
Febre			
Não	50	3,76 (0,42)	0,954
Sim	79	3,76 (0,32)	
Fadiga			
Não	33	3,78 (0,39)	0,733
Sim	96	3,75 (0,36)	
Falta de ar			
Não	35	3,84 (0,41)	0,122
Sim	94	3,73 (0,35)	
Tosse			
Não	60	3,84 (0,37)	0,018
Sim	69	3,69 (0,35)	
Perda de olfato e paladar			
Não	66	3,78 (0,35)	0,471
Sim	63	3,73 (0,38)	

Tabela 5 – Cont.

Comorbidades e Sintomatologias	Patient Measure of Safety		
	n	Score médio (DP)	p-valort†
Dor de cabeça			
Não	69	3,79 (0,36)	0,286
Sim	60	3,72 (0,37)	
Dor no corpo (músculos e articulações)			
Não	42	3,82 (0,43)	0,175
Sim	87	3,73 (0,33)	
Náuseas e vômito			
Não	92	3,81 (0,34)	0,020
Sim	36	3,64 (0,41)	
Diarreia			
Não	79	3,82 (0,36)	0,013
Sim	49	3,66 (0,35)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: *DP = desvio padrão; †teste t para amostras independentes.

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta a avaliação do paciente sobre os fatores que contribuem para a sua segurança, durante sua internação por COVID-19, em um hospital universitário obtendo-se escore médio geral de 3,8 mediante a aplicação do instrumento PMOS. Destaca-se que não foram encontrados estudos que demonstrem a aplicação do PMOS no contexto brasileiro, exceto o que originou a validação do instrumento o qual demonstrou média geral semelhante⁽¹³⁾. Todavia, o PMOS é reconhecido internacionalmente como um instrumento valioso para envolver o paciente na avaliação da segurança do cuidado recebido⁽¹⁵⁾.

No cenário internacional, estudos que avaliaram a percepção do paciente sobre sua segurança não mencionaram a motivação clínica para internação, para fins de comparação dos achados deste estudo, considerando o período pandêmico. Contudo, um estudo australiano demonstrou média nos domínios variando entre 3,89 a 4,44⁽⁶⁾, superiores ao encontrado neste estudo. Diferentemente, um estudo italiano, indicou médias entre 2,83 a 3,87⁽¹⁷⁾ inferiores à variação média dos domínios encontradas na presente pesquisa (3,0 a 4,1).

Em relação às características sociodemográficas, os resultados obtidos se assemelham a estudos nacionais e internacionais realizados no início das internações de casos confirmados pela doença^(3,18,19). Contudo, salienta-se a importância do acesso das pessoas com necessidade de assistência

ao sistema de saúde, independentemente de sua etnia, condição financeira, escolaridade ou outra característica, como uma questão crucial para a equidade em saúde⁽¹⁹⁾.

Ressalta-se o desafio de coletar os dados por telefone em momento de isolamento social imposto pela COVID-19. Para garantir um processo seguro, ético e de qualidade, houve a necessidade de se pensar em uma abordagem delicada e adequada, com treinamento específico, considerando o possível sofrimento físico e psicológico das pessoas, para realizar uma pesquisa com a pessoa que esteve internada para responder a um instrumento longo e com dispositivos tecnológicos diferentes⁽²⁰⁾.

Estudo espanhol com pacientes da atenção primária avaliou o impacto das mudanças na segurança do paciente durante a pandemia, utilizando o *Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care* (PREOS-PC) e concluiu que houve diminuição da segurança percebida pelos pacientes atendidos. Essa redução refletiu-se em aumento da percepção dos problemas de segurança, sobretudo em maior prejuízo causado pelos cuidados de saúde prestados e/ou omitidos nos centros de saúde⁽²¹⁾.

Os domínios que tiveram avaliação mais favoráveis foram o 1, “comunicação e trabalho em equipe”, e o 4, “tipo e apresentação da enfermagem”, com resultados semelhantes aos achados da literatura^(13,16,17).

A comunicação implica troca de informações e envolve um ou mais transmissores e um ou mais destinatários que

recebem, interpretam e enviam as mensagens, sendo importante para a interlocução entre as pessoas, para o trabalho em equipe nas organizações e para a própria sociedade. Durante a pandemia de COVID-19, muitas informações desencontradas e notícias falsas foram veiculadas, aumentando os fatores estressores causados pela crise sanitária desencadeada pela pandemia, seja para os pacientes ou para os profissionais. Instituições vivenciaram mudanças nos seus processos de comunicação e que foram adaptadas de forma emergencial para compor um trabalho efetivo⁽²²⁾. Algumas implementaram ferramentas digitais, uma comunicação mais humanizada, uniformidade do que se tinha a informar e introdução de tecnologias, para adaptar esse processo ao cuidado a ser efetuado durante o isolamento do paciente que vivenciava preocupações com sua saúde física e emocional⁽²³⁾.

Na pesquisa, não houve diferença estatisticamente significativa em relação às características sociodemográficas dos participantes e o domínio que avalia a comunicação e o trabalho em equipe, inferindo-se que a equipe de assistência pode construir uma interlocução adequada com todos os que necessitavam de assistência. Neste sentido, estudo aponta que o trabalho de modo uniforme para informar sobre a patologia e o tratamento, dirimir as dúvidas, ter coesão nas ações e dar informações assertivas contribui para a recuperação e alta⁽²¹⁾.

O domínio 4, “tipo e apresentação da enfermagem”, não apresentou diferença significativa quanto às características dos participantes que apresentaram uma avaliação mais favorável. A estrutura e a disposição física desempenham um papel importante na percepção da segurança do paciente. Como consequência da pandemia, muitos aspectos estruturais nas instituições, e também neste local de pesquisa, tiveram que ser modificados, a fim de possibilitar o atendimento seguro aos pacientes (que requeria isolamento), ao seu familiar (com mudanças no formato das visitas) e aos profissionais (capacitações no setor e mudanças nas rotinas de trabalho)^(4,23). Estudo que identifica iniciativas relacionadas ao cuidado centrado no paciente cita a importância de se avaliar as condições de infraestrutura e o ambiente físico de unidades de internação, com o intuito de promover a diversidade e a inclusão, para se obter uma experiência positiva do paciente e maior segurança para os profissionais exercerem seus cuidados, evitando incidentes durante a assistência⁽²⁴⁾.

O domínio 8, “equipamentos (*design* e funcionamento)”, teve a avaliação menos favorável em relação aos demais, diferentemente do encontrado na literatura⁽¹³⁾. Esse domínio representa a disponibilidade de materiais para a assistência e a capacidade da equipe em utilizá-los. Várias questões podem contribuir para esse desempenho, e uma delas é o conhecimento que os profissionais possuem acerca

das tecnologias e instrumentos disponíveis para uso. O desconhecimento sobre o uso dos dispositivos, o uso inadequado, as falhas dos dispositivos, a falta de padronização dos processos de uso, a falta de treinamento adequado e a complexidade crescente dos equipamentos influenciam a qualidade do cuidado prestado, constituindo situações críticas que foram vivenciadas por profissionais durante a pandemia. Para melhorar a segurança do paciente, é importante investir em *design* adequado, manutenção preventiva, padronização, treinamento e abordagens colaborativas que envolvam os profissionais de saúde, gestores e fornecedores de equipamentos⁽²⁵⁾.

Outro domínio que apresentou percepção menos favorável foi o domínio 5, “fluxo da informação”. Diferentemente do domínio 1, que trata da comunicação com o paciente, esse se refere ao fluxo de informações passadas para outro turno ou para outros profissionais e à disponibilidade delas de forma segura e adequada. Tal resultado assemelha-se ao encontrado no estudo de validação do instrumento para o contexto brasileiro⁽¹³⁾, mas difere de um estudo italiano no qual esse domínio apresentou a melhor média obtida⁽¹⁷⁾. Nas situações de emergência sanitária, destaca-se a importância da comunicação efetiva e eficaz, com compartilhamento adequado de informações entre a equipe de saúde e o paciente, com a transmissão de dados precisos e observações clínicas relevantes⁽⁸⁾. Para melhorar o fluxo de informações, a comunicação, a otimização de recursos e a diminuição de riscos relacionados à assistência multidisciplinar, estudo sugere a metodologia *Safety Huddle*, ou seja, reunião de segurança, que aumenta a conscientização de segurança no nível operacional e ajuda a instituição a desenvolver uma cultura de segurança, aspecto que pode ser implementado no local da pesquisa⁽²⁶⁾.

Os participantes avaliaram os domínios 2, “organização e planejamento do cuidado”, e 3, “acesso a recursos”, com avaliação equivalente, ou seja, com valores próximos aos mais favoráveis nesta pesquisa. Em muitos casos, os pacientes sabiam a quem se dirigir, com informações sobre alterações do tratamento e cuidado, com medicamentos e profissionais disponíveis. Estudos apresentam as situações complexas e, por vezes, desesperadoras que foram vivenciadas por profissionais de saúde, com a falta de recursos materiais, físicos e sobrecarga de trabalho^(5,9). A instituição em questão priorizou o atendimento para pacientes confirmados ou com suspeita de COVID-19, direcionando recursos materiais, contratação emergencial de profissionais e realizando treinamentos contínuos para a apropriação das equipes. O Conselho Federal de Enfermagem criou uma cartilha de recomendações gerais para organização dos serviços de

saúde e preparo das equipes de enfermagem, devido à complexidade da situação⁽²⁷⁾.

Os domínios 7, “treinamento da equipe”, e 8, “atrasos”, também tiveram percepção semelhantes, no entanto um pouco menos favoráveis, quando comparados aos anteriores supra mencionados. Esses domínios tratam do conhecimento sobre o uso de equipamentos ou da realização de procedimentos e de atrasos na assistência ao paciente. Inicialmente, a doença pela COVID-19 trouxe muitas dúvidas em relação a melhores condutas clínicas e terapêuticas considerando a complexidade e gravidade do paciente, indicando mudanças nas intervenções e uso de novos equipamentos^(6,25). Estudo aponta para a preocupação dos pacientes em relação à sua segurança, principalmente quando tem relação com competência ou conhecimento dos profissionais, necessidade de comunicação adequada, coordenação do cuidado e medos em relação a potenciais erros de tratamento⁽²⁸⁾. Na pesquisa, a maioria dos pacientes ficaram internados em UTI, necessitando de intervenções pontuais caso houvesse agravamento do quadro clínico. A instituição, hospital de ensino, campo de estágio de escola de enfermagem e de medicina, teve um papel importante no desenvolvimento de novos conhecimentos e treinamento dos profissionais para o enfrentamento da COVID-19.

No domínio 6, “atribuições e responsabilidades da equipe”, os participantes tiveram uma avaliação menos favorável, comprometida pelo desconhecimento de quais eram as funções das pessoas, quem eram os responsáveis pelas equipes ou pelo seu cuidado. Tais aspectos podem prejudicar a participação do paciente na sua própria segurança, pois ele não consegue identificar o grupo de profissionais que esteve responsável com o seu cuidado e criar um envolvimento com a equipe^(2,8). Esse domínio toca com delicadeza a importância dos profissionais se apresentarem e informarem seu papel durante o período de internação, mesmo durante a pandemia, estabelecendo uma comunicação adequada⁽²⁸⁾. Todavia, é sabido sobre as barreiras e dificuldades que existiram para a assistência, inclusive no local da pesquisa, com a necessidade de proteção dos profissionais, uso de equipamentos de proteção individual (máscaras, óculos, luvas e outros), por vezes negligenciando sua identificação e o tempo destinado para esta apresentação^(1,27).

Os participantes que tinham comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças renais, entre outras, não apresentaram resultado estatisticamente significativo em relação àqueles que não tinham. Todavia, aqueles que tinham presença de sintomas respiratórios, como tosse, e sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômito e diarreia, apresentaram médias totais significativamente menores no

PMOS, refletindo uma percepção geral de menor segurança do paciente.

A tosse é um sintoma comum em várias condições respiratórias e pode estar associada a questões de disseminação de doenças infecciosas e agravamento de quadro clínico⁽¹⁶⁾. A presença de tosse pode estar associada a casos mais graves de COVID-19, o que pode comprometer a percepção da segurança do paciente, devido à necessidade de intervenções mais intensivas e complexas ou a medidas de isolamento mais rigorosas. Ainda, pacientes com tosse persistente podem sentir medo e ansiedade sobre a gravidade de sua condição, o que pode ter afetado a comunicação com a equipe de saúde. A ansiedade pode levar a um aumento na percepção de insegurança ou preocupação com a qualidade do cuidado recebido. Da mesma forma, diarreia, náusea e vômitos são sintomas presentes na COVID-19 e requerem medidas de controle de infecção adequadas, como isolamento e higiene rigorosa das mãos e do ambiente^(24,29). Pacientes com náuseas e vômitos podem ter dificuldades para se alimentar adequadamente, o que pode afetar sua nutrição e recuperação. A presença desses sintomas também pode aumentar a ansiedade e o estresse dos pacientes, especialmente se estiverem preocupados com a gravidade de sua condição ou os sintomas associados⁽²⁸⁾. Isso pode afetar negativamente a percepção de segurança e o bem-estar psicológico.

Desse modo, os pacientes que apresentaram esses sintomas sentiram-se menos seguros em seu cuidado. Isso pode estar relacionado às incertezas inerentes ao desconhecimento inicial acerca da COVID-19 e ao seu manejo pela equipe de saúde⁽²²⁾. Intervenções voltadas para melhorar a segurança do paciente devem levar em consideração não apenas a qualidade técnica do atendimento, mas também a satisfação e o bem-estar dos pacientes diante de suas queixas⁽²⁸⁾. A percepção de segurança é um aspecto multidimensional e complexo, influenciado por diversos fatores, incluindo a competência e a comunicação da equipe de saúde, a presença de medidas de segurança e o envolvimento do paciente no processo de cuidado^(16,28,30).

Diante do contexto histórico da realização desta pesquisa, sendo a pandemia de COVID-19 um evento de uma emergência sanitária mundial, observou-se a importância de avaliar a segurança do paciente sob sua perspectiva, devido às diversas barreiras presentes para a segurança do mesmo. A literatura aponta fragilidades físicas (desconhecimento do tratamento da doença), emocionais (tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes), sociais (difícil acesso à saúde, características da enfermidade) e materiais que se acentuaram nesse período^(22,29,30).

Embora os resultados desta pesquisa apontem para áreas de força e fragilidades relacionadas à segurança da assistência prestada é importante considerar algumas limitações. A generalização dos resultados é limitada pela amostragem em um único centro de saúde e a coleta de dados via telefone pode ter comprometido o resgate pleno da memória dos participantes, condição que pode ter gerado alguma imprecisão.

Apesar das limitações, este estudo apresenta contribuições para a gestão e assistência, no sentido de sensibilizar os profissionais a promover um ambiente de cuidado adequado com reflexões sobre a importância da participação do paciente. Como contribuições ao ensino e à pesquisa, destaca-se a necessidade de buscar as melhores evidências a respeito das estratégias adequadas que estimulem a participação e o envolvimento do paciente em seu próprio cuidado e desenvolver os profissionais nesse processo de transformação.

■ CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que, durante a internação por COVID-19, e diante das constantes mudanças decorrentes da crise sanitária vivenciadas em um hospital universitário brasileiro, os participantes realizaram a avaliação dos fatores locais e organizacionais que envolvem a segurança da sua assistência com base em suas percepções.

A média do PMOS alcançou valor médio de 3,8(±0,4) numa escala de 1 a 5. Observou-se que os participantes avaliaram a “comunicação e trabalho em equipe” e “tipo e apresentação da enfermagem” de modo mais favorável, enquanto que “equipamentos (*design* e funcionamento)” e “fluxo de informação” tiveram avaliação menos favorável, indicando a importância de investir na melhoria dos processos que os envolvem, a fim de garantir segurança e qualidade no cuidado aos pacientes.

Foram analisados os fatores sociodemográficos e as comorbidades relatadas pelos pacientes, não apresentando diferenças estatisticamente significantes em relação às médias totais dos domínios. Os pacientes que tiveram presença de sintomas respiratórios, como tosse, e sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômito e diarreia, associada às médias totais, tiveram resultados significativamente menores, refletindo uma percepção menos favorável da segurança do paciente.

A percepção da segurança do paciente é um fator multidimensional e abrange os aspectos clínicos, físicos, emocionais e culturais. Portanto, abordagens que visam melhorar a segurança do paciente devem considerar os

aspectos técnicos do cuidado e a comunicação efetiva, o envolvimento do paciente e a promoção de um ambiente acolhedor e empático.

Os resultados deste estudo ressaltam a importância da percepção dos pacientes acerca dos fatores que contribuem na sua segurança e da assistência à saúde diante da pandemia de COVID-19 em um hospital universitário da cidade de São Paulo, vivenciada e observada pelos pacientes internados.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
2. Rodrigues JLSQ, Villar VCFL, Duarte SCM, Corrêa CDTSO, Reis EC, Janotti L. Patient's perspective on health care in the Covid-19's context. *Saúde Debate*. 2022;46(spe1):165–80. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E111>
3. Acosta AM, Nora CRD, Fontenele RM, Aued GK, Silveira CS, Sanseverino AX. Transition and continuity of care after hospital discharge for COVID-19 survivors. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230083. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0083en>
4. Avlijas T, Squires JE, Lalonde M, Backman C. A Concept analysis of the patient experience. *Patient Exp J*. 2023;10(1):15–63. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1439>
5. Prado PR, Ventura CAA, Rigotti AR, Reis RK, Zamarioli CM, Souza FB, et al. Linking worker safety to patient safety: recommendations and bioethical issues for the care of patients in the covid-19 pandemic. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200535. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0535>
6. Rojas LZ, Mora Rico LA, Acosta Barón JV, Cristancho Zambrano LY, Valencia Barón YD, Hernández Vargas JA. Plan de cuidados de enfermería para la prevención de úlceras por presión secundarias a la posición prono en pacientes COVID-19. *Rev Cuid*[Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 29];12(3). Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2234>
7. Drapeaux A, Jenson JA, Fustino N. The impact of COVID-19 on patient experience within a midwest hospital system: a case Study. *J Patient Exp*. 2021;8. <https://doi.org/10.1177/23743735211065298>
8. Wu M-S, Watson R, Hayat F, Ratcliffe L, Beadsworth MBJ, McKenna M, et al. What do people hospitalised with COVID-19 think about their care? results of a satisfaction survey during the first wave of COVID-19 in Liverpool. *Future Healthc J*. 2021;8(1) e70–e75. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0260>
9. Amberger O, Müller A, Lemke D, Müller H, Schwappach D, Wendt P, et al. Patient safety and the COVID-19 pandemic in Germany: a repeated population-based cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):112. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010112>
10. Ventura DFL, Ribeiro H, Giulio GM, Jaime PC, Nunes J, Bógus CM, et al.. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00040620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040620>

11. Taylor N, Clay-Williams R, Ting HP, Winata T, Arnolda G, Hogden E, et al. Validation of the patient measure of safety (PMOS) questionnaire in Australian public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(Suppl.1):67–74. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz097>
12. Giles SJ, Lawton RJ, Din I, McEachan RRC. Developing a patient measure of safety (PMOS). *BMJ Qual Saf*. 2013;22(7):554–62. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000843>
13. Mello JF, Barbosa SFF. Translation and transcultural adaptation of the patient measure of safety (PMOS) questionnaire to Brazilian Portuguese. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20180322. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0322>
14. Mello ALSF, Costa DG, Peiter CC, Bohomol E, Paes GO, Santos VEP, et al. Manual de coleta de dados para aplicação do patient measure of safety (PMOS) [Internet]. Florianópolis: UFSC; 2021[cited 2024 Jul 29]. 31p. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/238311>
15. Li C, Xu X, He L, Zhang M, Li J, Jiang Y. Questionnaires measuring patient participation in patient safety: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2022;30(7):3481–95. <https://doi.org/10.1111/jonm.13690>
16. Taylor N, Hogden E, Clay-Williams R, Li Z, Lawton R, Braithwaite J. Older, vulnerable patient view: a pilot and feasibility study of the patient measure of safety (PMOS) with patients in Australia. *BMJ Open*. 2016;6:e011069. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011069>
17. Schiavone S, Anecchiarico A, Lisi D, Mensorio MM, Attena F. Evaluation of Patients' Perception of Safety in an Italian Hospital Using the PMOS-30 Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4515. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094515>
18. Teich VD, Klajner S, Almeida FAS, Dantas ACB, Laselva CR, Torritesi MG, Canero TR, et al. Epidemiologic and clinical features of patients with COVID-19 in Brazil. *Einstein (São Paulo)*. 2020;18:eAO6022. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022
19. Magesh S, John D, Li WT, Li Y, Mattingly-App A, Jain S, et al. Disparities in COVID-19 outcomes by race, ethnicity, and socioeconomic status: a systematic-review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2134147. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.34147> Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2021;4(12):e2144237. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.44237> . Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e222170. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.2170>
20. Cechinel-Peiter C, Engel FD, Mello ALSF, Costa DG, Costa MFBNA, Lanzoni GMM, et al. Coleta de dados via telefone em pesquisa multicêntrica sobre cuidado de enfermagem frente à Covid-19. *Texto Contexto Enferm*. 2024;e20220261. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0261pt>
21. Fiol-de-Roque MA, Serrano-Ripol MJ, Gens-Barberà M, Sánchez E, Mayer MA, Martín-Luján F, et al. [Impact of the COVID-19 pandemic on patient-reported patient safety in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2021;53(Suppl-1):102222. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102222> Spanish.
22. Engel FD, Fonseca GGP, Cechinel-Peiter C, Backman C, Costa DG, Mello ALSF. Impact of the COVID-19 Pandemic on the experiences of hospitalized patients: a scoping review. *J Patient Saf*. 2023;19(2):e46–e52. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001084>
23. Passo Neto JC, Mattar J. Impacts of the Covid-19 pandemic on internal corporate communication: literature review. *RSD*. 2022;11(13):e418111334753. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34753>.
24. Costa DG, Moura GMSS, Canever BP, Weimer LE, Kassick F, Costa FG, Souza ADZ, Terres MS. Patient experience: paths covered and to be covered in patient-centered care. *RSD* [Internet]. 2022[cited 2024 Jul 29];11(1):e32911124899. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24899>
25. Soto J, Linsley C, Song Y, Chen B, Fang J, Neyyan J, et al. Engineering materials and devices for the prevention, diagnosis, and treatment of COVID-19 and infectious diseases. *Nanomaterials (Basel)*. 2023;13(17):2455. <https://doi.org/10.3390/nano13172455>
26. Melo LG, Christovam BP, Araujo MC, Moreira APA, Moraes EB, Paes GO, et al. Implementação da metodologia Safety Huddle na terapia intensiva durante a pandemia Covid-19: relato de experiência. *Enferm Foco*. 2020;11(1-esp):222–7. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP:3528>
27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Recomendações gerais para organização dos serviços de saúde e preparo das equipes de enfermagem: cartilha [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 26]. Available from: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/cofen_covid-19_cartilha_v3-4.pdf
28. Groves PS, Bunch JL, Hanrahan KM, Sabadosa KA, Sharp B, Williams JK. Patient Voices in hospital safety during the COVID-19 Pandemic. *Clin Nurs Res*. 2023;32(1):105–14. <https://doi.org/10.1177/10547738221129711>
29. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25:2423–46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
30. Centenaro APFC, Andrade A, Franco GP, Spagnolo LML, Cardoso LS, Costa MC, et al. Working conditions in COVID-19 hospital units: perceptions of nursing workers. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44:e20220007. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220007.en>

■ **Agradecimentos:**

O presente estudo foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo: 402392/2020-5 - chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

■ **Contribuição de autoria:**

Conceitualização: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Diovane Ghignatti da Costa; Elena Bohomol

Curadoria de dados: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Diovane Ghignatti da Costa; Elena Bohomol

Análise formal: Bárbara Peres Gama; Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Diovane Ghignatti da Costa; Elena Bohomol

Pesquisa: Bárbara Peres Gama; Elena Bohomol

Metodologia: Bárbara Peres Gama; Elena Bohomol

Administração de projeto: Elena Bohomol

Supervisão: Elena Bohomol

Validação de dados e experimentos: Elena Bohomol

Design da apresentação de dados: Bárbara Peres Gama; Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Diovane Ghignatti da Costa; Elena Bohomol

Redação do manuscrito original: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Diovane Ghignatti da Costa; Elena Bohomol

Redação - revisão e edição: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello; Diovane Ghignatti da Costa; Elena Bohomol

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autora correspondente:**

Elena Bohomol

E-mail: ebohomol@unifesp.br

Recebido: 04.04.2024

Aprovado: 15.08.2024

Editor associado:

Aline Marques Acosta

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira