

## **FACILITADORES E BARREIRAS DO ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES: REVISÃO INTEGRATIVA**

Andrieli Daiane Zdanski de Souza<sup>1</sup> 

Louíse Viecili Hoffmeister<sup>2,3,4</sup> 

Gisela Maria Schebella Souto De Moura<sup>5</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade NOVA de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Investigação em Saúde Pública. Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup>Comprehensive Health Research Center. Lisboa, Portugal.

<sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

<sup>5</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** identificar os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam no envolvimento do paciente nos serviços hospitalares.

**Método:** revisão integrativa; realizada busca de artigos publicados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2020, nas bases eletrônicas PubMed, *Web of Science*, Cinahl, Lilacs e Scopus, utilizando descritores relacionados a “*patient involvement*”, *Barriers*, *Facilitators*, nos idiomas inglês, espanhol e português. Coleta de dados realizada de maio a junho de 2021, identificando-se 32 publicações que atenderam aos critérios de inclusão.

**Resultados:** a análise resultou em três categorias de fatores facilitadores e barreiras: comunicação, atores do envolvimento e cultura organizacional, permitindo a elaboração de um modelo teórico de envolvimento do paciente. Esse modelo mostra que na centralidade do processo estão os atores envolvidos, ou seja, pacientes e profissionais, inseridos em um contexto organizacional, sendo influenciados pela liderança, cultura, ambiente, recursos disponíveis e processos, onde a comunicação perpassa como base para o envolvimento.

**Conclusão:** os fatores facilitadores e as barreiras identificadas nesta revisão, sintetizados num modelo teórico, permitem transcender o conhecimento teórico para a prática. A complexidade para operacionalizar esse modelo requer que pacientes, profissionais, serviços de saúde e sociedade unam os esforços para tornar esta proposição teórica em uma prática incorporada pelos serviços.

**DESCRITORES:** Experiência do paciente. Envolvimento. Facilitadores. Barreiras. Serviços de saúde.

**COMO CITAR:** Souza ADZ, Hoffmeister LV, Moura GMSS. Facilitadores e barreiras do envolvimento do paciente nos serviços hospitalares: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20210395. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395pt>

## FACILITATORS AND BARRIERS OF PATIENT INVOLVEMENT IN HOSPITAL SERVICES: INTEGRATIVE REVIEW

### ABSTRACT

**Objective:** to identify the facilitating factors and barriers that influence patient involvement in hospital services.

**Method:** integrative review; search of articles published between January 2011 and December 2020, in the electronic databases PubMed, Web of Science, Cinahl, Lilacs and Scopus, using descriptors related to “patient involvement”, Barriers, Facilitators, in English, Spanish and Portuguese. Data collection was performed from May to June 2021, identifying 32 publications that met the inclusion criteria.

**Results:** the analysis resulted in three categories of facilitating factors and barriers: communication, actors of involvement and organizational culture, allowing the elaboration of a theoretical model of patient involvement. This model shows that in the centrality of the process are the actors involved, that is, patients and professionals, inserted in an organizational context, being influenced by leadership, culture, environment, available resources and processes, where communication permeates as a basis for involvement.

**Conclusion:** the facilitating factors and barriers identified in this review, synthesized in a theoretical model, allow transcending theoretical knowledge for practice. The complexity to operationalize this model requires patients, professionals, health services and society join forces to make this theoretical proposition a practice incorporated by the services.

**DESCRIPTORS:** Patient experience. Involvement. Facilitators. Barriers. Health services.

## FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS: REVISIÓN INTEGRATIVA

### RESUMEN

**Objetivo:** incidir en los factores y barreras de la implicación del paciente en los servicios hospitalarios.

**Método:** revisión integradora; búsqueda de artículos publicados entre enero de 2011 y diciembre de 2020, en las bases de datos electrónicas PubMed, Web of Science, Cinahl, Lilacs y Scopus, utilizando descriptores relacionados con “involucramiento del paciente”, Barreras, Facilitadores, en inglés, español y portugués. La recolección de datos se realizó de mayo a junio de 2021, identificándose 32 publicaciones que cumplieron con los criterios de inclusión.

**Resultados:** el análisis resultó en las tres categorías de facilitadores y barreras: comunicación, factores de involucramiento y cultura organizacional, permitiendo la elaboración de un modelo teórico de involucramiento. Este modelo muestra que en la centralidad del proceso están los actores involucrados, es decir, pacientes y profesionales, insertos en un contexto organizacional, siendo influenciados por el liderazgo, la cultura, el ambiente, los recursos disponibles y los procesos, donde la comunicación permea como base para el involucramiento.

**Conclusión:** los factores y barreras identificados en esta revisión sintetizados en un modelo teórico, permiten trascender el conocimiento teórico para la práctica. La complejidad para operacionalizar este modelo requiere que los pacientes, los profesionales, los servicios de salud y la sociedad se unan para hacer de esta propuesta teórica una práctica incorporada por los servicios.

**DESCRIPTORES:** Experiencia del paciente. Intervención Facilitadores. Barreras. Servicios de salud.

## INTRODUÇÃO

As organizações de saúde estabelecem políticas e estratégias que promovem o envolvimento direto do paciente e da família no seu próprio cuidado, mas não necessariamente na elaboração e melhoria dos serviços que utilizam. O envolvimento na reformulação dos serviços é uma alternativa para desenhar processos que atendam às suas necessidades, como também para atingir melhores resultados em saúde<sup>1</sup>. Além das políticas organizacionais, processos de trabalhos flexíveis são importantes para proporcionar diferentes maneiras de o usuário se envolver no seu cuidado<sup>1-2</sup>. O envolvimento tem conquistado, cada vez mais, o reconhecimento como componente assistencial das tecnologias de cuidado em saúde<sup>3</sup>.

O conceito de envolvimento do paciente tem sido utilizado pelos profissionais de forma crescente e, por isso, necessita ter seu significado mais bem esclarecido. Ao percorrer a literatura encontraram-se como sinônimos: tomada de decisão compartilhada, tomada de decisão assistida, engajamento do paciente<sup>4-7</sup>. O engajamento é compreendido como a capacidade do indivíduo de escolher e participar ativamente dos seus cuidados conforme sua realidade, em um processo de cooperação entre pacientes, profissionais e instituições de saúde, objetivando melhorar as experiências do cuidado<sup>8</sup>. Ao buscar aprofundar o entendimento, depara-se com a ideia da coprodução, sendo entendida na saúde como o compartilhamento de informações e da tomada de decisão entre usuários e profissionais do serviço<sup>9-10</sup>. O envolvimento tem contribuído na redução da ocorrência de eventos adversos<sup>11</sup>, em menores custos<sup>12</sup>, na tomada de decisão compartilhada<sup>13</sup> e em pacientes atuando como coprodutores para o cuidado seguro<sup>14</sup>.

Na premissa de envolver os pacientes, o “Modelo de Montreal” fundamenta-se na colaboração e parceria entre pacientes, pesquisadores, profissionais e gestores de saúde. Os pacientes atuam como consultores para a melhoria em saúde, participando da elaboração de políticas públicas<sup>15</sup>. Nos Estados Unidos existe um movimento que sugere a participação dos pacientes e seus representantes em conselhos de governança, e esta participação pode aumentar a confiança dos usuários nos serviços de saúde, além de melhorar a transparência e consciência da importância da voz do paciente<sup>16</sup>.

No Brasil, o envolvimento do usuário é um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), sendo considerado um dos mais complexos, visto que envolve a mudança de cultura não só dos profissionais, mas também dos usuários do serviço de saúde<sup>17</sup>. Apesar de ser um desafio para o contexto brasileiro, já há hospitais com iniciativas objetivando um cuidado humanizado, ações educativas e a mudança para uma cultura organizacional centrada no usuário<sup>18-20</sup>.

O posicionamento do paciente no centro do processo de atendimento em saúde, quando se pondera acerca do cenário hospitalar no Brasil, ainda parece estar muito distante. Estimular o paciente a participar dos cuidados, da tomada de decisão e mesmo do planejamento de melhorias dos serviços parece configurar um contexto utópico, quase inatingível. Para transcender esta utopia em realidade é importante levar em consideração os fatores facilitadores, estratégias e barreiras do envolvimento do paciente na prática clínica de organizações de saúde, vislumbrando o desenvolvimento de iniciativas atuais<sup>21-22</sup>.

Identificar as barreiras percebidas em outros estudos pode auxiliar na construção de estratégias para o envolvimento do paciente no local de prática profissional. De igual forma, ao conhecer os fatores que facilitam, pode-se utilizá-los como elementos que preparem o contexto para a nova abordagem. Este conhecimento certamente contribuirá para reduzir o hiato entre políticas, programas e práticas relativos ao envolvimento do paciente no seu cuidado.

O estudo é relevante, pois a busca da compreensão desta temática, com base em evidências científicas, indica estratégias para os serviços hospitalares, possibilitando, por meio do saber científico, transcender o conhecimento teórico para a prática assistencial.

Neste sentido, o presente estudo tem como questão norteadora: quais são os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam no envolvimento do paciente adulto nos serviços hospitalares? Em busca de resposta a essa questão, foi elaborado o seguinte objetivo: Identificar os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam no envolvimento do paciente nos serviços hospitalares.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em que foram seguidas cinco etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca na literatura, avaliação dos estudos, análise dos dados e apresentação da revisão<sup>23</sup>.

As buscas foram realizadas no período de maio a junho de 2021, nas bases eletrônicas de dados PubMed, *Web of Science*, Scopus, LILACS e CINAHL, utilizando os descritores “*patient involvement*”, “*patient engagement*” *Factors, Factor, Barrier, Barriers, Facilitator, Facilitators, Difficulty, Impediment*, “*health service*”, “*health services*”, *healthcare*. A estratégia de busca utilizada foi: (“*patient involvement*” OR “*patient engagement*”) AND (*Factors* OR *Factor* OR *Barrier* OR *Barriers* OR *Facilitator* OR *Facilitators* OR *Difficulty* OR *Impediment*) AND (“*health service*” OR “*health services*” OR *healthcare*)).

Os estudos selecionados foram publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, nos idiomas inglês, espanhol e português. Artigos oriundos de estudos primários, com resumo e textos disponíveis na íntegra compuseram o material para análise. Os critérios de exclusão foram: estudos secundários (*scoping review, integrative review, systematic review*), livros, documentos, notas editoriais, resumos de conferências e protocolos de estudos. Após a leitura dos resumos, os artigos com ênfase em pacientes pediátricos, estudos com pacientes de patologias específicas, realizados na atenção primária e ambulatorial foram excluídos, pois se acredita que o envolvimento do paciente nos seus cuidados ocorre de maneira diferente nestes cenários.

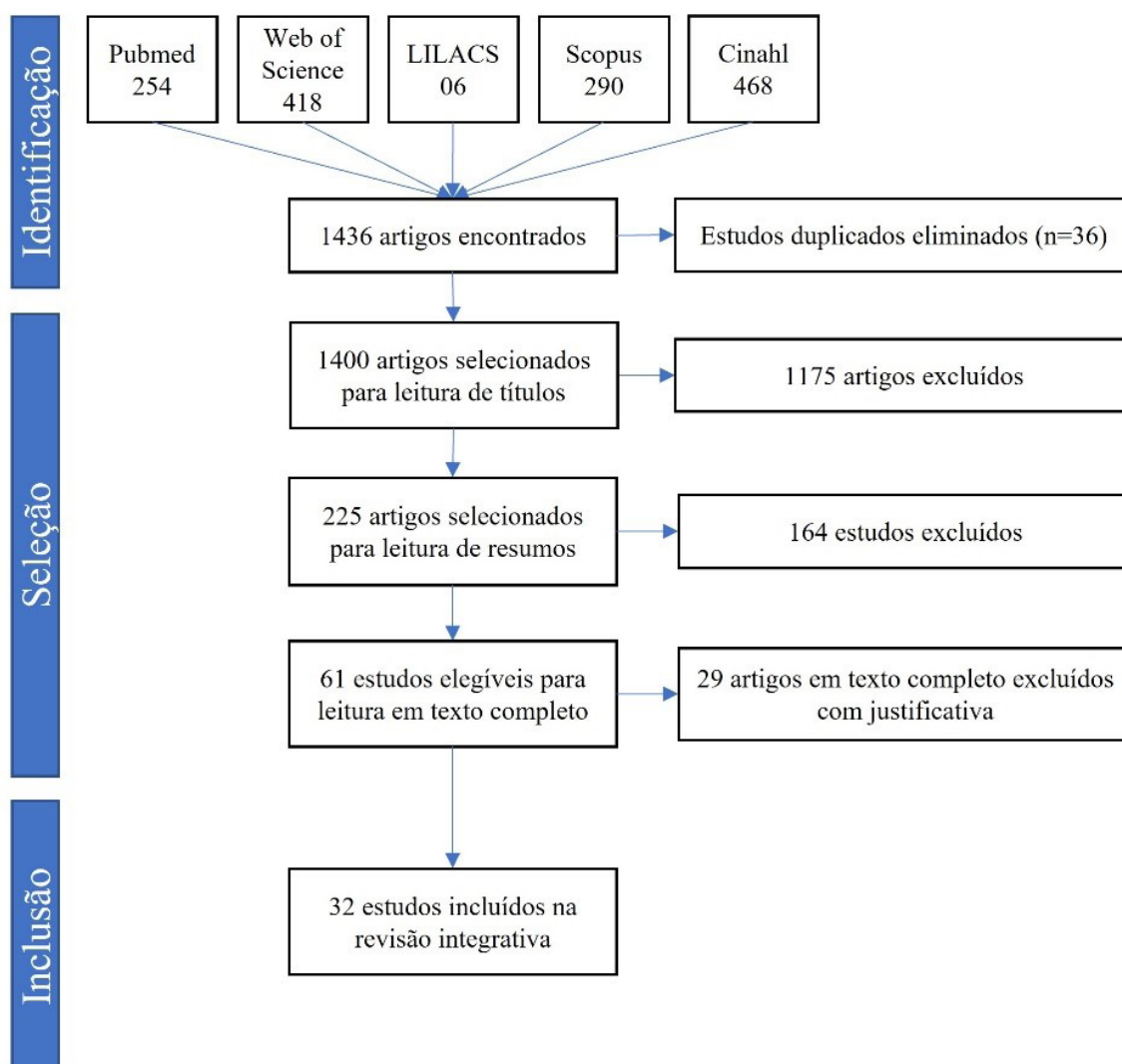
Na fase de seleção, inicialmente, os títulos dos artigos foram lidos de maneira independente por dois revisores. Na sequência, os revisores procederam à leitura dos resumos. As publicações que satisfizeram os critérios de elegibilidade e que tiveram o consenso dos dois revisores foram selecionadas para leitura na íntegra.

A etapa de leitura de texto completo foi realizada por três revisores, sendo as seleções confrontadas, com o intuito de avaliar a compatibilidade dos achados e discutir divergências, e então ser decidida a inclusão ou exclusão do artigo na revisão. Para extrair as informações dos estudos selecionados para análise foi elaborado um instrumento para coleta de dados, com os seguintes itens: título, autores, ano de publicação, periódico, país em que foi realizada a pesquisa, objetivo do estudo, delineamento metodológico, avaliação da qualidade do estudo quanto ao rigor metodológico e principais resultados relacionados às barreiras e aos fatores facilitadores do envolvimento dos pacientes. Os resultados referentes às barreiras e aos facilitadores foram analisados quanto ao seu conteúdo, sendo identificados temas e agrupados em categorias.

Na fase 4, que compreende a análise crítica dos estudos incluídos, os artigos foram avaliados quanto à qualidade do rigor metodológico, utilizando o instrumento *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), na versão do ano 2018, pois é um método que permite avaliar a qualidade metodológica em cinco categorias de estudos. Conforme sugerido na própria ferramenta, os artigos foram classificados entre 1 e 5 asteriscos (\*), onde cada asterisco representa que o artigo contempla o critério avaliado. Neste sentido, os artigos classificados com \*\*\*\*\* (5) são os que apresentam a melhor qualidade<sup>24</sup>. Para a elaboração deste artigo foram seguidas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020).

## RESULTADOS

Na etapa de pesquisa nas bases de dados, os termos de busca compilaram 1.436 artigos, tendo sido descartados 36 deles, em virtude de constarem em mais de uma base de dados. A leitura dos títulos permitiu selecionar 225 artigos para leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos, identificou-se que 61 eram elegíveis para a leitura do texto completo. A partir da leitura na íntegra, foram excluídos 29 artigos, sendo revisão sistemática (n=1), população pediátrica (n=1), patologias específicas (n=9), atenção primária, ambulatorio ou lar de idosos (n=9) e sem informações sobre barreiras ou fatores facilitadores (n=9). Assim, a presente revisão é composta por uma amostra de 32 artigos, os quais contemplavam os critérios de inclusão, relacionando-se à questão de pesquisa e ao objetivo que se pretende alcançar com este estudo contidos na Figura 1.



**Figura 1** - Fluxograma das fases de seleção dos artigos para a revisão, de acordo com a recomendação PRISMA. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

Os procedimentos de busca de artigos abrangeram a última década de publicações (2020-2011) existentes nas cinco bases de dados elencadas anteriormente. O período dos últimos cinco anos foi o mais profícuo, totalizando 29 publicações, não tendo sido localizados artigos nos anos de 2015 e 2012. Os estudos foram realizados nos seguintes países: Estados Unidos (n=6), Austrália (n=6), Suécia (n=5), Reino Unido (n=3), França (n=2), Holanda (2) e outros (n=8).

Quanto ao método utilizado, foram encontrados 19 estudos com abordagem qualitativa, 11 com abordagem quantitativa e dois estudos de métodos mistos. O rigor metodológico das publicações situou-se predominantemente entre 5\* e 4\*, indicando estudos de alta qualidade.

A análise dos resultados permitiu a elaboração de três categorias: “o envolvimento do paciente: em foco, a comunicação. O que precisamos saber?” “Os atores do envolvimento: pacientes e profissionais” e “Cultura organizacional e ambiente de trabalho: repercussões para o envolvimento do paciente”. Os fatores facilitadores e as barreiras ao envolvimento dos pacientes são descritos ao longo de cada categoria.

### **O envolvimento do paciente: em foco, a comunicação. O que precisamos saber?**

A categorização dos resultados dos estudos revelou a comunicação como um dos elementos centrais que perpassa o processo de envolvimento do paciente. Posição de destaque lhe é conferida a partir das várias citações que recebeu nos estudos analisados, podendo contribuir ou dificultar o envolvimento. A comunicação para o envolvimento do paciente com o seu cuidado recebeu ênfase na comunicação clara entre profissionais e pacientes<sup>25-29</sup>. Destaca-se a linguagem simples, não sendo utilizados termos médicos<sup>30</sup>. “Comunicação aprimorada”<sup>31</sup> é expressão utilizada para qualificar a comunicação para o envolvimento. Esses achados revelam que, para o processo ocorrer com êxito, é necessária, além da comunicação clara, a combinação da informação oral e escrita<sup>32-35</sup>, pois permite aos pacientes consultarem várias vezes a informação<sup>32</sup>, sugerindo o uso de folders informativos<sup>33</sup> e dando uma atenção especial ao “escrito” no momento da alta<sup>35</sup>.

A comunicação clara também abre caminhos para a adequada interação entre profissionais e pacientes, sendo destacado que os pacientes se sentem à vontade para pedir explicações aos médicos e a informação é reconhecida como suficiente<sup>34</sup> e “entendível,”<sup>35</sup> caracterizada pelo diálogo contínuo entre clínicos e pacientes<sup>36</sup>. Estabelecendo-se uma boa comunicação com os profissionais, pautada no respeito e dignidade<sup>37-38</sup>, no tratamento atencioso e amigável<sup>38</sup>, os pacientes sentem-se valorizados<sup>28</sup> e incentivados a compartilharem seu ponto de vista<sup>25,27</sup>, expressando suas opiniões<sup>25</sup> e realizando questionamentos<sup>25,30</sup>. Desta forma, configura-se um ambiente para tomada de decisão compartilhada<sup>13</sup>, com participação dos pacientes em decisões importantes<sup>25</sup>, ou seja, os cuidados são compartilhados<sup>26</sup>.

Ao considerar a interface entre profissionais e pacientes, outro atributo que se destaca é a capacidade dos profissionais para desencadear o processo de comunicação com êxito, demonstrado pelos achados que explicitam as habilidades para comunicação oral dos profissionais<sup>21</sup> e a capacidade de comunicação dos profissionais<sup>38</sup>. Alguns momentos são reconhecidos como “chave” para prestar informações, como, por exemplo, na admissão e por ocasião dos resultados de testes<sup>32</sup>. Compreende-se que, quando os profissionais têm o olhar voltado para momentos mais adequados de troca de informações, com comunicação clara e escuta ativa, isso pode favorecer uma relação de confiança entre profissionais e pacientes, que foi citada em alguns estudos<sup>27-28,30</sup>.

A comunicação é elencada como recurso de grande potencial para aprimorar o envolvimento do paciente, mas também foi identificada como barreira no processo, quando é percebido que os médicos utilizam palavras que os pacientes não compreendem<sup>34</sup>, a equipe não possui habilidade para se comunicar efetivamente<sup>38</sup>, há sobrecarga de informações diante da alta hospitalar e os pacientes e equipe de saúde falam idiomas diferentes<sup>33</sup>, não havendo disponibilidade de intérpretes<sup>38</sup>. Assim, a comunicação também pode ser frágil<sup>5</sup> e passível de falhas<sup>5,34</sup>. A complexidade deste importante elemento das interações humanas alerta para a existência de desafios de comunicação<sup>6</sup>.

A frágil comunicação pode estar interconectada com as relações conflituosas de pacientes e profissionais, configurando comportamento hostil e rude por parte de profissionais<sup>38</sup> e postura ofensiva do paciente e familiar<sup>30</sup>. Dificuldades no relacionamento entre pacientes e profissionais<sup>30</sup> podem associar-se ao fato de considerar que a informação seja unidirecional<sup>33</sup> e à existência de informações conflitantes

entre profissionais<sup>37</sup>. A divergência de informações entre os profissionais resulta em insegurança para os pacientes<sup>32</sup>. Também é verdade que o paciente, ao sentir-se impotente para compartilhar a tomada de decisão, assuma uma posição de deixar que a equipe decida<sup>26</sup>. Os profissionais alertam que tensões podem surgir durante a negociação com os pacientes sobre cooperação e autonomia<sup>39</sup>.

## Os atores do envolvimento: pacientes e profissionais

Na continuidade da compreensão dos fatores facilitadores e das barreiras para o envolvimento do paciente, evidencia-se que aspectos próprios dos indivíduos presentes no processo de atendimento – pacientes e profissionais – assumem renomada importância. Nesta perspectiva, contemplam as temáticas: condições de saúde do paciente, características sociodemográficas e culturais e sua alfabetização em saúde, motivação para o engajamento, segurança do paciente, preparo profissional, assim como os sentimentos mobilizados neles.

As condições de saúde do paciente, características sociodemográficas e culturais e seu conhecimento acerca do processo saúde/doença, também denominado como alfabetização em saúde, possuem elementos que facilitam o envolvimento. Assim, o estado de saúde (nível de ansiedade, depressão)<sup>40</sup> ou um paciente com melhor estado de saúde mental<sup>13</sup>, aliados ao conhecimento sobre saúde e aspectos da sua doença<sup>41-43</sup>, as experiências anteriores e a capacidade de reconhecer mudanças na sua condição clínica<sup>29</sup> são aspectos considerados facilitadores para o processo de envolvimento no seu cuidado. O envolvimento do paciente é maior diante de um problema sério de saúde<sup>34</sup>. Pacientes crônicos<sup>40</sup> são predispostos ao envolvimento. Ademais, também foi citado o termo “pacientes especialistas” e, para isso, estes precisam ter uma experiência equilibrada da doença e conhecimento<sup>21</sup>.

Por outro lado, as condições de saúde<sup>35</sup> do paciente podem comprometer sua participação, configurando-se numa barreira para o envolvimento. Os elementos encontrados foram: ansiedade<sup>36</sup>, estado cognitivo (demência, deficiência cognitiva)<sup>29-30,36</sup>, e que pacientes com demência ou confusão apresentam particulares desafios para o trabalho em conjunto para alcançar, por exemplo, as metas de prevenção de infecção, no caso de um dos estudos<sup>39</sup>. Corroborando com esse dado, também foi visto que existem pacientes que apresentam dificuldades em reter informações<sup>35</sup>.

O estado do paciente (déficit auditivo, visual, cognitivo, doenças psiquiátricas)<sup>40</sup> e a condição frágil do paciente<sup>33</sup> também comprometem o envolvimento. Alinhados a esses aspectos, limitações do paciente devido à doença e o medo da ocorrência de quedas<sup>44</sup> podem dificultar o engajamento. Além disso, é apresentado que os pacientes em cuidados intensivos adquirem papel passivo<sup>44</sup>.

As características sociodemográficas e culturais também desempenham um papel facilitador para o envolvimento, tais como: mulheres têm maior capacidade de estabelecer relações com os profissionais de saúde<sup>41,43</sup>, ausência de privação econômica<sup>41</sup>, pessoas com alto nível de educação<sup>45</sup>. Em contrapartida, as barreiras mencionadas pelos estudos foram: pacientes da população rural<sup>28</sup>, responsabilidade financeira (pacientes evitando serviços para limitar os custos)<sup>13</sup>, alfabetização inadequada, indivíduos com menor escolaridade; classes sociais desfavorecidas<sup>28,43</sup>, idosos<sup>28,40,42-43</sup> tendem a ser menos envolvidos, pois confiam mais na equipe de profissionais<sup>40,42</sup>. Quanto mais conservadoras as normas sociais, menos provável é que as pessoas estejam envolvidas na tomada de decisões médicas, de forma que o contexto social também determina este papel<sup>45</sup>.

A alfabetização em saúde pode ser uma barreira ao envolvimento, assim como o conhecimento deficiente. Os estudos encontraram elementos que caracterizam esta subcategoria, tais como: falta de conhecimento referente ao seguro de saúde<sup>36</sup>, falta de conhecimento dos pacientes sobre seus direitos, sobre as funções dos profissionais de saúde<sup>40</sup>, baixa alfabetização em saúde<sup>32</sup>, pacientes avaliam que não são informados<sup>32</sup>, dificuldades de compreensão dos pacientes sobre questões médicas<sup>34</sup>, e desconhecimento por parte dos pacientes sobre como e em quais circunstâncias acessar os serviços de emergência<sup>38</sup>.

A motivação para o engajamento configura outro conjunto de resultados elencados nos estudos, decorrendo do próprio paciente<sup>36</sup>, da presença de familiares e amigos<sup>33-34</sup> e da equipe de enfermagem<sup>35</sup>. Postura assertiva do paciente e familiar<sup>30</sup> e informações fornecidas pelos familiares sobre o histórico de saúde/doença do paciente<sup>30</sup> são reconhecidas como elementos facilitadores do envolvimento. Acrescentam-se aos fatores relacionados ao paciente o desejo de ser mais envolvido<sup>35</sup>, a adoção de uma mentalidade positiva, a automotivação, os esforços para tornar-se independente e ser um “bom” paciente e, ainda, a motivação advinda de uma mobilização pessoal de buscar forças na religião<sup>44</sup>.

A segurança do paciente foi um tema presente em alguns estudos, sendo apresentada como elemento facilitador para o engajamento. As referências a este tema foram: o envolvimento dos pacientes pode evitar erros<sup>27</sup>, a educação do paciente sobre segurança foi importante para melhorar as percepções e atitudes do paciente sobre sua própria segurança enquanto no hospital<sup>46</sup>, e pacientes com maior gravidade clínica tiveram aumento da pontuação referente à percepção de segurança<sup>46</sup>.

A literatura demonstra elementos que atuam na motivação para o engajamento, todavia, há também aqueles pacientes que apresentam uma atitude passiva para o engajamento. Nesse enfoque encontram-se pacientes que consideram os médicos *experts* e, por isso, aguardam que esses os envolvam na tomada de decisão<sup>34</sup>, e, ainda, aqueles que acreditam que devem ser um “bom” paciente, adotando um papel de receptor passivo de cuidados<sup>44</sup>. Também compõe esta subcategoria a falta de habilidade ou capacidade dos pacientes para serem envolvidos como parceiros<sup>39</sup>, em situações tais como: dificuldades em fazer perguntas aos médicos<sup>41</sup>, pacientes não questionam os profissionais, porque vislumbram os profissionais como autoridades, e medo de não receber cuidados adequados<sup>27,40,47</sup>, repercutindo em falta de envolvimento do paciente na tomada de decisão<sup>37</sup>.

Os estudos apresentam também como um aspecto facilitador o preparo do profissional. Profissionais capacitados para o envolvimento são aqueles que possuem características como: capacidade de adaptação, conforme a necessidade de cada paciente<sup>27</sup>, autonomia, habilidades e flexibilidade<sup>5</sup>, incentivam o paciente e familiar a realizarem uma lista de tópicos que gostariam de discutir; conhecem a história do paciente, questionam seus desejos e preferências<sup>30</sup>, e foram citadas competências do farmacêutico (conhecimento sobre medicamentos, escuta do paciente, postura acolhedora e calma)<sup>35</sup>.

Ao considerar esses achados, quando o preparo do profissional carece de atributos, configura-se numa barreira ao engajamento. Manifestações neste sentido foram identificadas nas expressões: falta de conhecimento de como envolver os pacientes e seus representantes<sup>21</sup>, profissionais não envolvem os pacientes<sup>33</sup>, médicos não costumam pedir informações aos pacientes<sup>34</sup>, experiências subjetivas não valorizadas<sup>29</sup>, participantes relacionaram o empoderamento com o cuidado centrado no paciente<sup>31</sup>.

O engajamento do paciente é também capaz de mobilizar sentimentos nos profissionais. Quando há um bom envolvimento, pode repercutir na sensação de satisfação no trabalho dos profissionais<sup>6</sup>. Por outro lado, também pode mobilizar sentimentos que não contribuem para o processo, tais como: trabalhar ativamente, visando que os pacientes se envolvam em seus próprios cuidados, pode ser uma nova fonte de estresse<sup>25</sup>, medo de ser processado se informar aos pacientes sobre erros<sup>40</sup> e o medo dos enfermeiros de que os pacientes possam cair, repercutindo na restrição da autonomia dos pacientes<sup>44</sup>.

Adiciona-se, ainda, a essas descobertas os depoimentos de que envolver os pacientes na equipe de saúde pode ser visto como uma prática conflituosa<sup>21</sup> e o fato de que os profissionais de saúde alegaram que não gostavam de ser repreendidos pelos pacientes, vendo seus comentários como críticas negativas<sup>47</sup>. Ademais, a discussão de caso sem o paciente estar presente, profissionais



de saúde se sentirem pressionados com a presença do paciente ou familiar, presença de mais de um familiar nas reuniões<sup>30</sup>, dificuldades dos profissionais em compartilharem todas as informações com os pacientes e familiares<sup>29-30</sup> caracterizam situações mobilizadoras de sentimentos que atuam como barreiras à prática do envolvimento. Por conseguinte, os profissionais reconheciam que o envolvimento do paciente é um aspecto-chave, mas o grau em que estavam dispostos e capazes de aceitar um papel ativo no envolvimento do paciente foi diferente<sup>48</sup>.

Observa-se que existem muitos aspectos que estão interconectados, no que diz respeito aos atores do envolvimento, profissionais e pacientes. Ao ampliar o olhar para os fatores que influenciam o processo de envolvimento, percebe-se que ocorre uma repercussão de elementos externos, aqui reconhecidos por elementos organizacionais, emergindo a terceira categoria temática.

## **Cultura organizacional e ambiente de trabalho: repercussões para o envolvimento do paciente**

No que diz respeito aos fatores facilitadores, um dos pontos mais abordados pelos estudos foi a existência de uma cultura organizacional com ênfase para o envolvimento dos pacientes e a autonomia dos profissionais, buscando uma atuação colaborativa de todas as partes interessadas, desde o gerente executivo aos profissionais à beira-leito<sup>28,36,48</sup>. Observam-se uma visão partilhada do envolvimento dos pacientes como prioridade, objetivos estratégicos com enfoque na melhoria dos cuidados centrados no paciente, e o reconhecimento da marca da instituição como um serviço centrado no paciente<sup>48-49</sup>. Destaca-se que existem organizações que se preocupam com a melhoria da satisfação dos funcionários e que a associam à satisfação dos pacientes, num movimento constante de desenvolvimento, aprimorando a cultura e o ambiente de trabalho, na premissa de melhor envolvimento dos seus pacientes<sup>49</sup>.

A cultura organizacional, de acordo com as publicações selecionadas, traduz-se de forma rotineira e intrínseca na prática do envolvimento do paciente. Nesse sentido, vários autores referiram a participação dos pacientes em reuniões multidisciplinares, decisões organizacionais, no ponto de prestação de cuidados (por exemplo, parceiros nos cuidados, inclusão em *hand-offs*; transferências à beira-leito, acesso familiar), em comitês consultivos de doentes e familiares, representação no conselho de administração, em comitês de melhoria da qualidade<sup>16,28,49-50</sup>.

A coleta sistemática do *feedback* dos pacientes foi descrita como fator facilitador, pois permite gerar relatórios que são compartilhados com os profissionais que prestam o cuidado, identificar áreas de melhorias dos cuidados centrados no paciente, desenvolver novas soluções, redesenhando os serviços de saúde. Os índices dos *feedbacks* dos pacientes, em conjunto com outras métricas, auxiliam nas avaliações de desempenho dos funcionários, e em alguns locais estão associados a incentivos remuneratórios<sup>49</sup>.

Por outro lado, a investigação aponta que alguns dos estudos analisados demonstraram a cultura como possível barreira ao envolvimento. Situações como a resistência dos profissionais em adotar boas práticas e a dificuldade em mudar a mentalidade dos funcionários de uma abordagem “fornecedor-*focus*” para uma de “paciente-*focus*” são descritas como questões culturais das organizações que dificultam o envolvimento dos pacientes<sup>49-50</sup>.

Quando o foco de análise está relacionado às equipes de saúde, estudos demonstram que ações relativas aos profissionais, como apostar em orientações à equipe de saúde, investir no seu desenvolvimento, incentivar o trabalho em equipes multidisciplinares, estando a chefia médica envolvida no processo e no compartilhamento de informações entre os colegas, são apontadas como facilitadores do envolvimento do paciente<sup>21,29,31,51</sup>. Em termos de modelo gerencial, o envolvimento do paciente parece se beneficiar de uma abordagem mista, onde coexistem o apoio da gestão em todos

os níveis organizacionais (abordagem *top down*) e o protagonismo relacionado à responsabilidade das equipes da linha de frente (abordagem *bottom up*)<sup>51</sup>.

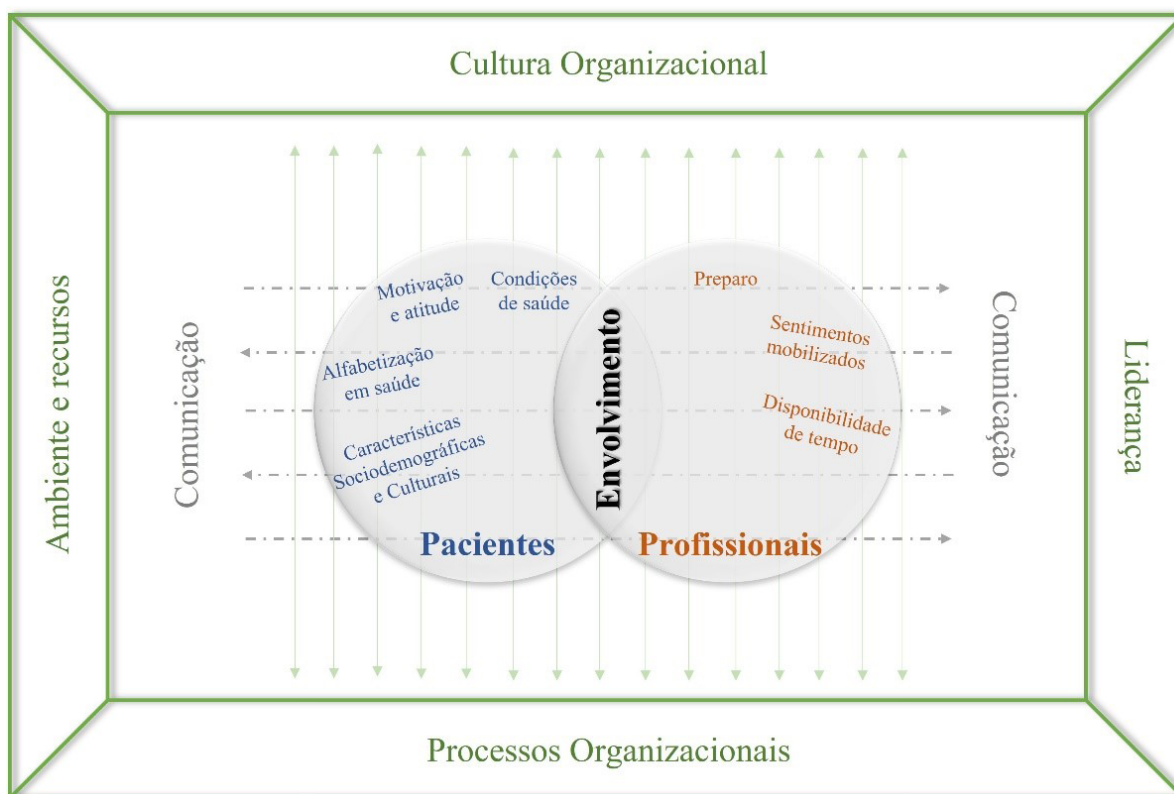
Destaca-se a importância do papel das lideranças como atributo para o envolvimento do paciente, sobressaindo a atuação das altas lideranças<sup>49</sup>, e, também, a liderança em cascata, agindo do nível estratégico para o operacional com a integração da equipe e, principalmente, estimulando a participação dos pacientes nas discussões<sup>21,30</sup>. Em contrapartida, quando existe a presença de hierarquia nos grupos profissionais com hegemonia do poder médico, estruturas rígidas e formais na instituição, descontinuidade do cuidado (profissionais temporários e alta rotatividade de profissionais), a existência de vários médicos realizando o cuidado, esses fatores tornam mais difícil o compartilhamento da tomada de decisão e o envolvimento dos pacientes<sup>5-6,27-28,40,51</sup>.

Outro ponto abordado por um dos estudos refere-se a uma disparidade entre as opções existentes, ou seja, um desencontro entre o que os usuários procuram e os serviços ofertados pelas organizações pode acarretar barreiras para o engajamento dos pacientes<sup>5</sup>. A lacuna decorrente do desencontro das expectativas dos usuários e do serviço oferecido pode justificar as incertezas em relação à segurança e à qualidade dos cuidados, dificultando o envolvimento dos pacientes. Nesse sentido, um dos estudos relata que as expectativas dos pacientes sobre a qualidade dos serviços, a ocorrência de eventos adversos, dúvidas quanto às habilidades, conhecimentos e processos de supervisão em torno de médicos juniores e recém-qualificados podem configurar-se como barreiras ao envolvimento dos pacientes<sup>38</sup>. Este mesmo estudo referiu ainda que a falta de cuidados acessíveis, preços caros e inadequados dos serviços podem dificultar o engajamento dos pacientes nos seus cuidados<sup>38</sup>. A falta de confiança no sistema de saúde<sup>29</sup> e a constatação de conflito entre as informações dadas pelo hospital e pela atenção primária<sup>35</sup> também são percebidas como barreiras.

A existência de um ambiente agradável, com recursos para atender as expectativas dos pacientes e seus cuidadores e que proporcione segurança também são referidos como fatores que facilitam o envolvimento dos pacientes nos seus cuidados<sup>5,30,44</sup>. Por outro lado, os autores relatam que a falta de recursos referente ao ambiente hospitalar, é compreendida como barreira para o envolvimento, em casos tais como: o *layout* das áreas físicas e das comodidades<sup>6,44</sup>, assim como a falta de privacidade para conversas com pacientes e profissionais (enfermarias com muitos leitos ou falta de local para se comunicar com os pacientes)<sup>5,27,33</sup>. As roupas hospitalares utilizadas pelos pacientes, com *design* que não favorece o ato de vestir, também configuram elementos dificultadores<sup>44</sup>.

A literatura demonstra que o tempo dos profissionais junto ao paciente também influencia no envolvimento, considerado facilitador quando há disponibilidade pelo profissional. Foi identificado, por exemplo, que, quando o profissional farmacêutico dispõe de tempo para dedicar ao paciente, é visto como um facilitador do engajamento<sup>35</sup>. Em contrapartida, quando a disponibilidade de tempo não existe ou é pequena, tem sido identificada nos estudos como uma barreira ao engajamento, e cerca de 30% dos artigos incluídos estão relacionados à restrição de tempo e à sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais de saúde<sup>5-6,21,25,27,29,31,33-34,44,51</sup>. Para além do tempo, a escassez ou limitação de recursos financeiros para criação e manutenção de projetos relacionados ao envolvimento dos pacientes, assim como a falta de sistemas de dados informatizados e integrados entre as instituições de saúde de diferentes níveis de cuidados impactam negativamente no engajamento dos pacientes<sup>5,21</sup>.

Num esforço de síntese dos estudos que compuseram a amostra, a Figura 2 representa as três categorias que emergiram dos 32 estudos, configurando-se em um modelo teórico em que, no centro do processo, estão os atores envolvidos - pacientes e profissionais - inseridos em um contexto organizacional, sendo influenciados pela liderança, cultura, ambiente, recursos disponíveis e processos, e onde a comunicação perpassa como base para o envolvimento.



**Figura 2** - Modelo teórico elaborado por meio da síntese dos resultados da revisão integrativa. Porto Alegre, RS, Brasil, 2021.

## DISCUSSÃO

A pesquisa revelou que a comunicação recebe destaque no que tange ao envolvimento do paciente. Esses achados são consistentes com outros estudos, onde é demonstrado que a escuta atenta, em consonância com a comunicação clara, reflete na tomada de decisão compartilhada<sup>52</sup>, e o diálogo contínuo entre profissionais e pacientes<sup>53-54</sup>, a comunicação empática e de maneira compreensível, realizando escuta com tempo<sup>55</sup>, são considerados fatores facilitadores para o envolvimento. O programa “*Speak Up*” preconiza o aconselhamento ao usuário por meio de recursos como vídeos e panfletos informativos acessíveis à população leiga. Estes materiais podem estimular o envolvimento na tomada de decisão relacionada à sua saúde<sup>56</sup>, o que corrobora com os resultados desta revisão que citam a importância da combinação da informação oral e escrita. Além da comunicação, uma adequada interação entre profissionais e pacientes pode atuar positivamente para o processo de envolvimento, sendo essa interação pautada em uma relação de confiança entre pacientes e profissionais<sup>54,57</sup>.

A participação do paciente nos cuidados de saúde tem gerado estudos em torno do conceito da coprodução em saúde, destacando sua contribuição às estratégias de segurança do paciente implementadas nos hospitais<sup>14</sup>. Os pacientes e seus familiares, como clientes finais dos serviços de saúde, precisam ser vistos como parceiros no planejamento, implementação e melhorias dos cuidados prestados<sup>58</sup>. Para isso, dois elementos-chave são necessários: compreender experiências, necessidades e expertises dos pacientes e familiares antes de implementar soluções, e seguir a premissa “nada sobre mim, sem mim”, onde os pacientes, familiares e cuidadores façam parte da equipe de *co-design* para gerar um leque de ideias para resolver problemas nos serviços que sejam importantes para eles, além de testar e avaliar as soluções<sup>59</sup>.

Para contribuir com o sucesso do atendimento, faz-se necessário que tanto os profissionais, quanto os pacientes sejam preparados para atuarem adequadamente. Os programas de formação profissional e de educação permanente necessitam capacitar o profissional para trabalhar respeitando a centralidade do paciente no processo de atenção em saúde. Os pacientes, por sua vez, necessitam ser preparados para sua atuação através de abordagens educativas estimuladas e implementadas pelos profissionais de linha de frente, num esforço para privilegiar a alfabetização em saúde<sup>60</sup>. A alfabetização em saúde parece ser um caminho para melhores resultados em saúde. Investir na alfabetização em saúde traz benefícios para o sistema de saúde, o paciente e os profissionais, conferindo maior efetividade e eficiência<sup>61</sup>. A educação durante o processo de hospitalização objetiva estimular os pacientes a se interessarem pela sua saúde, proporcionando mudanças no comportamento e melhorias na segurança do paciente<sup>28</sup>.

Para além da educação, as características e o comportamento dos profissionais e dos pacientes também foram referidos pelos estudos analisados. No que diz respeito aos profissionais, a sua satisfação possui influência na qualidade dos cuidados prestados, o que vai ao encontro do Modelo *Quadruple Aim*, que discorre sobre melhorar a experiência dos profissionais de saúde no seu processo de trabalho<sup>62-63</sup>. A aplicação deste modelo demonstrou melhor envolvimento dos funcionários no seu processo de trabalho, aumentando a confiança na liderança, melhorando os escores de experiência do paciente, bem como foi possível reduzir custos<sup>63</sup>.

Em relação aos pacientes, destaca-se que ouvir ativamente o que a equipe de saúde tem a dizer, assim como realizar perguntas sobre o seu processo saúde/doença, utilizar a Internet, em *sites* confiáveis, para obter conhecimento sobre a sua doença, são elementos que estimulam o engajamento<sup>64</sup>. Destaca-se que os pacientes precisam ser estimulados para se envolverem nas decisões sobre sua saúde<sup>64</sup>. Os pacientes precisam de motivação para se envolver nos seus cuidados para atender processos que demandem maior comprometimento e participação. Os indivíduos geralmente são motivados por questões relevantes para suas vidas e em que terão algum benefício diante dessa participação<sup>22</sup>.

A cultura organizacional é amplamente descrita na literatura como um importante fator que influencia o envolvimento dos pacientes, o que vai ao encontro dos resultados da presente revisão. Com o intuito de permitir o envolvimento dos pacientes e dos familiares nas instituições hospitalares, recomenda-se que este seja um valor fundamental das organizações, que os processos de cuidado e os incentivos sejam adaptados para promover a comunicação centrada no paciente, que as estruturas de governança sejam compartilhadas e facilitem o envolvimento dos pacientes em todos os níveis da organização<sup>65</sup>.

Outras publicações destacam também a importância da presença de lideranças que permitam e facilitem a transformação da cultura organizacional, tendo como foco estratégico o cuidado centrado na pessoa<sup>66</sup>. Os líderes em todos os níveis são responsáveis por disseminar o envolvimento do paciente por toda a instituição, além de conduzir as iniciativas de melhorias por meio do engajamento dos profissionais, da alocação de recursos, do desenvolvimento de infraestruturas de dados e sistemas de informação, e do estabelecimento de parcerias com diversos *stakeholders*<sup>59</sup>.

Embora pouco descrito pelas publicações incluídas nesta revisão, o envolvimento dos pacientes e familiares mais especificamente na segurança e na qualidade dos cuidados tem recebido especial destaque na literatura. No Brasil, o envolvimento dos pacientes na segurança dos cuidados encontra-se contemplado no Plano Nacional de Segurança de Paciente publicado em 2013<sup>17</sup>. Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde, no Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, destaca a importância do envolvimento dos pacientes e refere que “envolvimento e capacitação do paciente é talvez a ferramenta mais poderosa para melhorar a segurança do paciente.”<sup>60</sup>

## Limitações e forças

Quanto às limitações do estudo, foram incluídos na busca somente estudos realizados em serviços hospitalares e não foi contemplado paciente com patologias específicas, visto que se entende que o envolvimento do paciente para o seu cuidado ocorre de maneira diferente nestes cenários e em determinados grupos. Outra limitação é que não foi explorada a literatura cinzenta.

Como forças, compreende-se que foi contemplada a avaliação da qualidade dos artigos publicados, assim como a análise dos resultados foi realizada por três revisoras, garantindo o rigor científico e evitando a ocorrência de viés de interpretação, em um esforço de analisar conjuntamente os resultados do estudo. Outra força é o grande número de artigos que abordou o objeto de pesquisa, isso corrobora com um dos aspectos fundamentais a ser avaliado pelo pesquisador, que é o tamanho da amostra, ressaltando a importância da busca exaustiva da literatura<sup>67</sup>. A revisão integrativa apresenta o estado da arte sobre o tema. Paralelamente, tem-se o benefício de conhecer os principais *experts* que estão publicando resultados de pesquisas<sup>68</sup>, fornecendo subsídios para a transferência do conhecimento para a prática clínica, reduzindo a lacuna entre o conhecimento e a prática<sup>69</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados revelam que o envolvimento do paciente é um tema multifatorial, pois diversos elementos estão presentes e interagem simultaneamente para que a experiência da hospitalização configure o envolvimento. Os elementos originam-se nos diversos níveis organizacionais e abrangem diferentes atores que compõem o cenário do serviço hospitalar, conferindo maior complexidade à - aparentemente simples - estratégia teórica de envolver o paciente com o seu cuidado e a qualidade do atendimento.

O diferencial deste estudo foi a elaboração de um modelo teórico de envolvimento do paciente, que pode servir como um pilar para orientar os serviços hospitalares no que diz respeito a essa temática. Entende-se que o modelo apresentado pode ser adaptado a cada serviço e realidade, contemplando as especificidades dos diferentes cenários, e, assim, auxiliar os profissionais, pacientes e serviços de saúde nesse processo de envolvimento.

A complexidade da operacionalização deste modelo requer que pacientes, profissionais, serviços de saúde e sociedade unam os esforços para tornar esta proposição teórica em uma prática incorporada pelos serviços.

## REFERÊNCIAS

1. Prior SJ, Campbell S. Patient and family involvement: a discussion of co-led redesign of healthcare services. *J Particip Med* [Internet]. 2018 Fev 1 [acesso 2021 Jul 15];10(1):e5. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jopm.8957>
2. Tobiano G, Marshall A, Bucknall T, Chaboyer W. Activities patients and nurses undertake to promote patient participation. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2016 Jul [acesso 2021 Ago 10];48(4):362-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12219>
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância 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 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017 [acesso 2021 Jul 20]. 61 p. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/guia-como-posso-contribuir-para-aumentar-a-seguranca-do-paciente-orientacoes-aos-pacientes-familiares-e-acompanhantes/view>

4. Andersen-Hollekim T, Solbjør M, Kvangarsnes M, Hole T, Landstad BJ. Narratives of patient participation in haemodialysis. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Jul [acesso 2021 Jul 12];29(13-14):2293-305. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15238>
5. Shé EM, O'Donnell D, Donnelly S, Davies CP, Fattori F, Kroll T. "What bothers me most is the disparity between the choices that people have or don't have": a qualitative study on the health systems responsiveness to implementing the assisted decision-making (capacity) act in Ireland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Maio 9 [acesso 2021 Ago 10];17(9):3294. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093294>
6. Schoenfeld EM, Goff SL, Elia TR, Khordipour ER, Poronsky KE, Nault KA, et al. Physician-identified barriers to and facilitators of shared decision-making in the Emergency Department: an exploratory analysis. *Emerg Med J* [Internet]. 2019 Jun [acesso 2021 Maio 15];36(6):346-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-208242>
7. Frerichs W, Hahlweg P, Müller E, Adis C, Scholl I. Shared decision-making in oncology - a qualitative analysis of healthcare providers' views on current practice. *PLoS One* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Jul 10];11(3):e0149789. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149789>
8. Higgins T, Larson E, Schnall R. Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017 Jan [acesso 2021 Maio 12];100(1):30-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>
9. Needham C, Carr S. SCIE Research briefing 31: co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation. Social Care Institute for Excellence [Internet]. 2009 Mar [acesso 2021 Mar 11]. Disponível em: <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/>
10. Realpe A, Wallace LM. What is co-production? The health foundation [Internet]. London: The Health Foundation; 2010 [acesso 2021 Jun 16]. Disponível em: <https://qi.elft.nhs.uk/resource/what-is-co-production/>
11. Arruda NLO, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Silva AEBC, Tobias GC, Paranaguá TTB. Patient perception of safety in health care provided by professionals in a hospital emergency unit. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 Nov [acesso 2021 Jun 12];11(11):4445-54. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15019/24719>
12. Gordon and Betty Moore Foundation. Patient care: improving the experience and outcomes of patient care [Internet]. 2021 [acesso 2021 Jun 12]. Disponível em: <https://www.moore.org/initiative-strategy-detail?initiativeld=special-projects-in-patient-care>
13. Meyer MA, Hudak RP. Assessing the effects of financial literacy on patient engagement. *Am J Health Behav* [Internet]. 2016 Jul [acesso 2021 Jun 15];40(4):523-33. Disponível em: <https://doi.org/10.5993/AJHB.40.4.14>
14. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jun 12];28:e3272. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
15. Pomey MP, Lebel P, Clavel N, Morin É, Morin M, Neault C, et al. Development of patient-inclusive teams: toward a structured methodology. *Healthc Q* [Internet]. 2018 Dez [acesso 2021 Jan 15];21(esp):38-44. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/hcq.2018.25640>
16. DeCamp M, Dukhanin V, Hebert LC, Himmelrich S, Feeser S, Berkowitz SA. Patients' views about patient engagement and representation in healthcare governance. *J Healthc Manag* [Internet]. 2019 Set-Out [acesso 2021 Jan 12];64(5):332-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JHM-D-18-00152>
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria 529 de 01 de abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2021 Out 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

18. Ministério da Saúde (BR). Projeto paciente seguro [Internet]. Brasil. [acesso 2021 Out 15]. Disponível em: <http://www.iepmoinhos.com.br/pacienteseguro/>
19. Hospital Mãe de Deus. Hospital Mãe de Deus é certificado Planetree [Internet]. Porto Alegre, 2021 [acesso 2021 Out 15]. Disponível em: <https://www.maededeus.com.br/noticias/hospital-mae-de-deus-e-certificado-planetree/>
20. Hospital Israelita Albert Einstein. Escritório Planetree Brasil [Internet]. São Paulo, 2021. [acesso 2021 Out 15]. Disponível em: <https://www.einstein.br/estrutura/escritorio-planetree>
21. Malloggi L, Leclère B, Le Glatin C, Moret L. Patient involvement in healthcare workers' practices: how does it operate? A mixed-methods study in a French university hospital. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Maio 8 [acesso 2021 Jul 12];20(1):391. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>
22. Snow ME, Tweedie K, Pederson A. Heard and valued: the development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Mar 15 [acesso 2021 Jul 10];18(1):181. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2969-1>
23. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Dez [acesso 2021 Jun 11];52(5):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
24. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Jan 11];34(4):285-91. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
25. Andersson Å, Vilhelmsson M, Fomichov V, Lindhoff Larsson A, Björnsson B, Sandström P, et al. Patient involvement in surgical care-Healthcare personnel views and behaviour regarding patient involvement. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2021 Mar [acesso 2021 Ago 11];35(1):96-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12823>
26. Rapport F, Hibbert P, Baysari M, Long JC, Seah R, Zheng WY, et al. What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Jan 15 [acesso 2021 Ago 15];19(1):38. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3881-z>
27. Skagerström J, Ericsson C, Nilsson P, Ekstedt M, Schildmeijer K. Patient involvement for improved patient safety: a qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nurs Open* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Jun 10];4(4):230-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.89>
28. Chaboyer W, McMurray A, Marshall A, Gillespie B, Roberts S, Hutchinson AM, et al. Patient engagement in clinical communication: an exploratory study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2016 Set [acesso 2021 Jun 16];30(3):565-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12279>
29. Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N, Sandall J. The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety - a qualitative study of acute illness. *Health Expect* [Internet]. 2015 Jun [acesso 2021 Ago 12];18(3):392-405 Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12044>
30. van Dongen JJJ, Habets IGJ, Beurskens A, van Bokhoven MA. Successful participation of patients in interprofessional team meetings: a qualitative study. *Health Expect* [Internet]. 2017 Ago [acesso 2021 Jun 16];20(4):724-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12511>
31. Seale H, Chughtai AA, Kaur R, Phillipson L, Novytska Y, Travaglia J. Empowering patients in the hospital as a new approach to reducing the burden of health care-associated infections: the attitudes of hospital health care workers. *Am J Infect Control* [Internet]. 2016 Mar 1 [acesso 2021 Jun 11];44(3):263-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.003>

32. Marca-Frances G, Frigola-Reig J, Menéndez-Signorini JA, Compte-Pujol M, Massana-Morera E. Defining patient communication needs during hospitalization to improve patient experience and health literacy. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Feb 21 [acesso 2021 Jul 15];20(1):131. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4991-3>
33. Manias E, Rixon S, Williams A, Liew D, Braaf S. Barriers and enablers affecting patient engagement in managing medications within specialty hospital settings. *Health Expect* [Internet]. 2015 Dez [acesso 2021 Mar 14];18(6):2787-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12255>
34. Schoenfeld EM, Kanzaria HK, Quigley DD, Marie PS, Nayyar N, Sabbagh SH, et al. Patient preferences regarding shared decision making in the emergency department: findings from a multisite survey. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2018 Out [acesso 2021 Jun 13];25(10):1118-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.13499>
35. Kempen TGH, Källemark A, Gillespie U, Stewart D. Comprehensive medication reviews by ward-based pharmacists in Swedish hospitals: what does the patient have to say? *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2020 Feb [acesso 2021 Jun 15];26(1):149-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jep.13121>
36. Wong C, Leland NE. Clinicians' perspectives of patient engagement in post-acute care: A social ecological approach. *Phys Occup Ther Geriatr* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Ago 11];36(1):29-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02703181.2017.1407859>
37. Harrison R, Walton M, Kelly P, Manias E, Jorm C, Smith-Merry J, et al. Hospitalization from the patient perspective: a data linkage study of adults in Australia. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 Jun 1 [acesso 2021 Mar 16];30(5):358-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy024>
38. Harrison R, Walton M, Chitkara U, Manias E, Chauhan A, Latanik M, et al. Beyond translation: Engaging with culturally and linguistically diverse consumers. *Health Expect* [Internet]. 2020 Feb [acesso 2021 Jun 13];23(1):159-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12984>
39. Sutton E, Brewster L, Tarrant C. Making infection prevention and control everyone's business? Hospital staff views on patient involvement. *Health Expect* [Internet]. 2019 Ago [acesso 2021 Jun 18];22(4):650-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12874>
40. Garfield S, Jheeta S, Husson F, Lloyd J, Taylor A, Boucher C, et al. The role of hospital inpatients in supporting medication safety: a qualitative study. *PLoS One* [Internet]. 2016 Abr 19 [acesso 2021 Jun 11];11(4):e0153721. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153721>
41. Ousseine YM, Durand MA, Bouhnik AD, Smith A'B', Mancini J. Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 Nov [acesso 2021 Jun 14];102(11):1949-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.015>
42. Sak G, Rothenfluh F, Schulz PJ. Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017 Feb 20 [acesso 2021 Ago 13];17(1):59. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0448-x>
43. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M. The missing link to patient engagement in Italy. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2016 Nov 21 [acesso 2021 Mar 15];30(8):1183-1203. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2016-0011>
44. Chan EY, Samsudin SA, Lim YJ. Older patients' perception of engagement in functional self-care during hospitalization: a qualitative study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2020 Maio-Jun [acesso 2021 Jun 14];41(3):297-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.009>



45. Brabers AE, van Dijk L, Groenewegen PP, de Jong JD. Do social norms play a role in explaining involvement in medical decision-making? *Eur J Public Health* [Internet]. 2016 Dez [acesso 2021 Mar 18];26(6):901-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw069>
46. An J, Kim SJ, Park S, Moon KT, Park EC. The effects of patient education on patient safety: can we change patient perceptions and attitudes? Lessons from the Armed Forces Capital Hospital in Korea. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2017 Jun 1 [acesso 2021 Ago 22];29(3):392-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx037>
47. Gesser-Edelsburg A, Cohen R, Zemach M, Halavi AM. Discourse on hygiene between hospitalized patients and health care workers as an accepted norm: making it legitimate to remind health care workers about hand hygiene. *Am J Infect Control* [Internet]. 2020 Jan [acesso 2021 Maio 24];48(1):61-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.06.021>
48. Boudes M, Robinson P, Bertelsen N, Brooke N, Hoos A, Boutin M, et al. What do stakeholders expect from patient engagement: Are these expectations being met? *Health Expect* [Internet]. 2018 Dez [acesso 2021 Maio 20];21(6):1035-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12797>
49. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2011 Out [acesso 2021 Maio 16];23(5):510-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>
50. Oxelmark L, Whitty JA, Ulin K, Chaboyer W, Oliveira Gonçalves AS, Ringdal M. Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 Maio [acesso 2021 Maio 22];105:103444. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>
51. Jørgensen MJ, Pedersen CG, Martin HM, Lomborg K. Implementation of patient involvement methods in the clinical setting: a qualitative study exploring the health professional perspective. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2020 Jun [acesso 2021 Ago 23];26(3):765-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jep.13217>
52. O'Connor M, Watts KJ, Kilburn WD, Vivekananda K, Johnson CE, Keesing S, et al. A qualitative exploration of seriously ill patients' experiences of goals of care discussions in Australian hospital settings. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020 Dez [acesso 2021 Mar 12];35(12):3572-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06233-y>
53. Bergerum C, Engström AK, Thor J, Wolmesjö M. Patient involvement in quality improvement - a 'tug of war' or a dialogue in a learning process to improve healthcare? *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Dez 2 [acesso 2021 Mar 18];20(1):1115. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05970-4>
54. Lee NJ, Ahn S, Lee M. Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Mar 25 [acesso 2021 Maio 16];10(3):e035831. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035831>
55. Trotta RL, Rao AD, McHugh MD, Yoho M, Cunningham RS. Moving beyond the measure: Understanding patients' experiences of communication with nurses. *Res Nurs Health* [Internet]. 2020 Dez [acesso 2021 Jun 25];43(6):568-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.22087>
56. Joint Commission International (JCI). Speak up about your care [Internet]. 2021 [acesso 2021 Ago 18]. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/about-your-care/>
57. Butler JM, Gibson B, Schnock K, Bates D, Classen D. Patient perceptions of hospital experiences: implications for innovations in patient safety. *J Patient Saf* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Maio 13];18(2):e563-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000865>

58. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 Jul [acesso 2021 Maio 18];25(7):509-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
59. O'Connor P, Di Carlo M, Rouleau JL. The leadership and organizational context required to support patient partnerships. *Health Q* [Internet]. 2018 Dez [acesso 2021 Jun 19];21:31-7. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/hcq.2018.25641>
60. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso 2021 Jun 21]; Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
61. Almeida CV, Belim C. The contributions of health literacy to the system, health professionals and patients: The virtuous circle of communication in health. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Jun 24];9(1):1-8. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1352380/3294.pdf>
62. Bachynsky N. Implications for policy: the triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. *Nurs Forum* [Internet]. 2020 Jan [acesso 2021 Jun 19];55(1):54-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12382>
63. Lapaine M. Embracing the quadruple aim: one hospital's experience. *Healthc Manage Forum* [Internet]. 2021 Jan [acesso 2021 Mar 23];34(1):26-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0840470420942791>
64. Jerofke-Owen T, Dahlman J. Patients' perspectives on engaging in their healthcare while hospitalised. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 Jan [acesso 2021 Mar 22];28(1-2):340-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14639>
65. Wieczorek CC, Nowak P, Frampton SB, Pelikan JM. Strengthening patient and family engagement in healthcare - the new haven recommendations. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2018 Ago [acesso 2021 Jun 18];101(8):1508-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.04.003>
66. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci* [Internet]. 2018 Jul 26 [acesso 2021 Jun 27];13(1):98. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
67. Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2021 Jun 16];33(2):8-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200001>
68. Souza LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Investigação em Enferm* [Internet]. 2017 Nov [acesso 2021 Mar 17];(21):17-26. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>
69. Lorenzini E, Banner D, Plamondon K, Oelke N. Um chamado à knowledge translation na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jun 15];28:e20190104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0001-0004>

## **NOTAS**

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Souza ADZ, Hoffmeister LV, Moura GMSS.

Coleta de dados: Souza ADZ, Hoffmeister LV.

Análise e interpretação dos dados: Souza ADZ, Hoffmeister LV, Moura GMSS.

Discussão dos resultados: Souza ADZ, Hoffmeister LV, Moura GMSS.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Souza ADZ, Hoffmeister LV, Moura GMSS.

Revisão e aprovação final da versão final: Moura GMSS.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, parecer n. 4.929.033, CAAE: 49110921.5.0000.5327.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **EDITORES**

Editores Associados: Gisele Cristina Manfrini Fernandes, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

### **HISTÓRICO**

Recebido: 08/11/2021

Aprovado: 20/03/2022

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Andrieli Daiane Zdanski de Souza

andriele\_zdanski@hotmail.com

