

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDRIELI DAIANE ZDANSKI DE SOUZA

**ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O SEU CUIDADO NO CONTEXTO
HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM MODELO**

PORTO ALEGRE

2022

ANDRIELI DAIANE ZDANSKI DE SOUZA

**ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O SEU CUIDADO NO CONTEXTO
HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM MODELO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutorado em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho.

Eixo temático: Gestão/gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

PORTO ALEGRE

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Souza, Andrieli Daiane Zdanski
ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O SEU CUIDADO NO
CONTEXTO HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM MODELO /
Andrieli Daiane Zdanski Souza. -- 2022.
128 f.
Orientador: Ana Maria Müller Magalhães.

Coorientador: Maria Schebella Souto Moura.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Envolvimento. 2. Experiência do paciente. 3.
Serviços de saúde. 4. Modelos de Assistência à Saúde.
I. Magalhães, Ana Maria Müller, orient. II. Moura,
Maria Schebella Souto, coorient. III. Título.

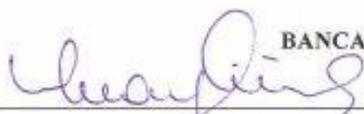
ANDRIELI DAIANE ZDANSKI DE SOUZA

**ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O SEU CUIDADO NO CONTEXTO
HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM MODELO.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

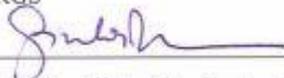
Aprovada em Porto Alegre, 23 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.ª Ana Maria Müller de Magalhães
Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



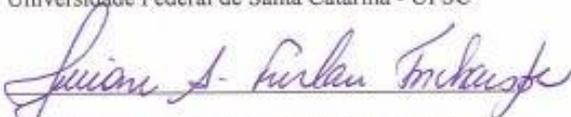
Prof. Dr.ª Gisela Maria Schebella Souto de Moura
Membro da banca

Co-orientadora



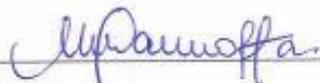
Prof. Dr.ª Diovane Ghignatti da Costa
Membro da banca

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Prof. Dr.ª Juciane Aparecida Furlan Inchauspe
Membro da banca

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta
Membro da banca

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

“A vida é cheia de cor. E cada um de nós chega e acrescenta a sua própria cor no quadro. E embora o quadro não seja muito grande, você tem que perceber que ele continua para sempre, em todas as direções”.

(Da série: This is us)

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, a Deus, por me iluminar e guiar meus passos.

Aos meus pais, Cleci e Luis Antonio, que sempre priorizaram a minha educação e me estimularam a ir atrás dos meus sonhos. Aos meus irmãos Luis Eduardo e Matheus, pelo carinho e companheirismo. À minha família, pessoas especiais que transmitiram energias positivas, fé e confiança.

À Profa Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura, que desde a primeira vez que a conheci me estimulou e me encorajou a ir atrás dos meus objetivos e, mesmo aposentada, continuou auxiliando no andamento deste trabalho. Levarei sempre comigo sua leveza e tranquilidade de conduzir a vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães, por ter aceitado o desafio de orientar um trabalho em andamento, mostrando-se acolhedora, dedicada, compreensiva e me estimulando a apresentar este trabalho em outros países.

Às alunas da graduação Rafela Linck Davi, Rafaela Stahl Saul e Silvia Cristina Garcia Carvalho por terem-me auxiliado nas transcrições das entrevistas, pois foi com a ajuda de vocês que consegui realizar uma coleta de dados de maneira organizada.

Aos participantes da pesquisa, pelos seus conhecimentos transmitidos, pelo tempo disponibilizado, pela maneira acolhedora e por me possibilitarem refletir sobre o meu processo de trabalho, me reconstruindo como enfermeira e como ser humano.

Aos colegas de trabalho da unidade em que este estudo foi realizado, pois foi com a troca de conhecimentos, colaboração e diálogo de toda a equipe que foi possível conduzir este trabalho.

Aos enfermeiros da unidade, à chefia, meu sentimento de gratidão, por terem-me apoiado e auxiliado no estudo. Destaco meu imenso agradecimento pelas trocas de plantões, para que eu conseguisse, em momentos necessários, me dedicar intensamente à tese.

Aos colegas do Projeto de Pesquisa do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem, pelas sugestões e críticas para aprimorar o trabalho.

A Josiele de Lima Neves pelo apoio, amizade e longas conversas, já que passamos por fases semelhantes no doutorado.

A Louíse Viecili Hoffmeister pelo companheirismo, parceria e otimismo.

A Karen Cantarelli, Marjoriê Mendieta e Guilherme Pinheiro, jamais me esquecerei do apoio de vocês para tentar a seleção de doutorado.

A Danielle Pletes pelo apoio e paciência em ter-me ensinado diferentes programas e estratégias para elaborar apresentações.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, professores e colegas, pelo aprendizado e troca de vivências ao longo deste período.

Aos professores que aceitaram participar da banca, e contribuíram muito para a qualificação desta pesquisa.

Ao Diego, pelo carinho, por ser companheiro e estar sempre ao meu lado!

Enfim, agradeço a todos que participaram desta etapa da minha vida e tornaram possível a concretização deste trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

SOUZA, Andrieli Daiane Zdanski de. **ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O SEU CUIDADO NO CONTEXTO HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM MODELO.** 2022. 128f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

Introdução: O conceito de envolvimento do paciente no seu cuidado pode ser interpretado 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. Destaca-se que os modelos de envolvimento do paciente encontrados na literatura foram elaborados em países desenvolvidos, portanto, a ideia de elaborar um modelo em um país em desenvolvimento pode fornecer subsídios para redirecionar práticas em saúde e promover mudanças na cultura organizacional. Com isso, apresenta-se como questão de pesquisa: Como desenvolver um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado para uma prática assistencial segura durante a hospitalização? **Objetivo geral:** Elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. **Método:** Estudo qualitativo orientado pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida em uma unidade de internação clínico-cirúrgica, em um hospital público e universitário. Foram realizadas entrevistas com oito pacientes internados e nove profissionais assistenciais, quatro grupos de convergência com a equipe de enfermagem, no período de novembro de 2021 a maio de 2022. Os critérios de inclusão para os pacientes foram ter idade igual ou superior a 75 anos, tempo de hospitalização superior a 48 horas, ser portador de doença crônica e alfabetizado. Pacientes com instabilidade clínica no momento da entrevista e condições que impossibilitassem a comunicação foram excluídos do estudo. Os critérios de inclusão para selecionar os profissionais foram: tempo de atuação no hospital superior a seis meses, compor o quadro de contratados permanentes, atuar na prática assistencial aos pacientes do estudo. Os critérios de exclusão contemplaram profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam em período de férias, licença ou afastados. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos de convergência. A análise de dados ocorreu conforme as etapas preconizadas pela PCA (apreensão, síntese, teorização e recontextualização). O estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética da instituição, (CAEE: 49110921.5.0000.5327). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foram respeitadas. **Resultados:** Através da revisão integrativa, elaborou-se um modelo teórico de envolvimento do paciente com o seu cuidado. Na sequência, a etapa de campo permitiu elucidar a presença dos elementos que compõem o modelo na prática, possibilitando a construção de um modelo prático-assistencial de envolvimento do paciente. Destaca-se, nesse modelo, a comunicação clara e efetiva, influenciada por questões intrínsecas do paciente e pela educação em saúde, sustentadas por aspectos organizacionais dos serviços hospitalares. Na premissa de substanciar o envolvimento do paciente, foram elencadas estratégias e constatou-se que a confiança construída entre paciente e profissional, momentos adequados para realizar o processo de envolvimento do paciente, o protagonismo da equipe multiprofissional e sua interação, assim como a motivação e satisfação dos profissionais sustentam o modelo proposto. **Considerações finais:** O modelo prático-assistencial sustenta-se na literatura e no olhar dos pacientes e dos profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional com ênfase no envolvimento do paciente no seu cuidado, podendo ser adaptado a cada serviço e realidade, conforme os diferentes cenários.

Palavras-chave: Serviços de saúde; Envolvimento; Experiência do Paciente; Modelos de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

SOUZA, Andrieli Daiane Zdanski. **PATIENT INVOLVEMENT WITH THEIR OWN CARE IN THE HOSPITAL CONTEXT: THE PROPOSITION OF A MODEL.** 2022. 128f. Thesis (Doctorate in Nursing). School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

Introduction: The concept of patient involvement in their own care can be interpreted as the individual's ability to choose and actively participate in their care according to their reality, in a process of cooperation between patients, professionals and health institutions. It is noteworthy that the models of patient involvement found in the literature were performed in developed countries, therefore, the idea of creating a model in a developing country can support and redirect health practices and promote changes in organizational culture. Thus, the research question is presented: How to develop a model of patient involvement with their care for a safe care practice during hospitalization? **General objective:** Elaborate a model of patient involvement with their own care in the hospital context. **Method:** A qualitative study guided by Convergent Care Research (CCR), developed in a clinical-surgical hospitalization unit, in a public and university hospital. Interviews were carried out with eight hospitalized patients and nine professionals, four convergence groups with the nursing team, from November 2021 to May 2022. The inclusion criteria for the patients were being 75 years of age or older, hospitalization time greater than 48 hours, having chronic disease or being illiterate. Patients with clinical instability at the time of the interview and conditions that prevented communication were also excluded from the study. The inclusion criteria for selecting the professionals were: working in the hospital for more than six months, having a permanent contract, acting in the care practice of the patients in the study. Exclusion criteria included professionals who were on vacation, leave or away at the time of data collection. Data collection took place through semi-structured interviews and convergence groups. Data analysis occurred according to the steps recommended by the CCA (apprehension, synthesis, theorization and recontextualization). The study received the approval of the Ethics Committee of the institution (49110921.5.0000.5327). The participants signed the Free and Informed Consent Form. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guidelines were respected. **Results:** Through the integrative review, a theoretical model of patient involvement with their care was elaborated. Next, the field stage allowed us to clarify the presence of the elements that make up the model, enabling the construction of a practical/care model of patient involvement. In this model, clear and effective communication, influenced by intrinsic patient issues and health education, supported by organizational aspects of hospital services, stands out. On the premise of substantiating patient involvement, strategies were listed and it was found that the confidence gained between patient and professional, appropriate moments to perform the patient involvement process, the role of the multidisciplinary team and its interaction, as well as the motivation and satisfaction of the professionals support the proposed model. **Final considerations:** The practical-care model is based on the literature and from the patients and professionals perspectives, contributing to the development of an organizational culture with an emphasis on patient involvement in their care, which can be adapted to each service and reality, according to different scenarios.

Keywords: Health Services; Involvement; Patient experience; Healthcare Models.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

EPS – Educação Permanente em Saúde

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IBSP – Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*

IOM – *Institute of Medicine*

NEGE – Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem

NPSF – *National Patient Safety Foundation*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

PHE – *Patient Health Engagement model*

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 O envolvimento do paciente com o seu cuidado: conceituação, estratégias e desafios	17
3.2 Modelos para o envolvimento do paciente com o seu cuidado: Utopia ou possibilidade?	24
4 MÉTODO	30
4.1 Caracterização do estudo.....	30
4.2 Cenário do estudo.....	33
4.3 Participantes do estudo.....	34
4.4 Procedimentos para coleta de dados.....	35
4.4.1 Revisão Integrativa.....	35
4.4.2 Entrevistas com pacientes.....	35
4.4.3 Entrevistas com profissionais e Grupos de Convergência.....	36
4.5 Análise dos dados.....	37
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	37
5 RESULTADOS	39
5.1 ARTIGO I.....	39
5.2 ARTIGO II.....	60
5.3 ARTIGO III.....	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE A- Roteiro Semiestruturado para entrevistas de pacientes.....	116
APÊNDICE B- Roteiro Semiestruturado para entrevistas de profissionais.....	118
APÊNDICE C- Termo de Consentimento para pacientes.....	119
APÊNDICE D- Termo de Consentimento para profissionais.....	121
ANEXOS	123

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa discorre sobre a proposição de um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. Os pilares teóricos do estudo fundamentam-se na importância do envolvimento do paciente no seu cuidado e nos modelos de envolvimento do paciente encontrados na literatura.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a estimativa é de que, entre 2015 e 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos aumente de novecentos milhões para dois bilhões, destacando-se o crescimento significativo do número de pessoas que vivam com 80 anos ou mais (OMS, 2018). Ressalta-se que essa ampliação da expectativa de vida pode acarretar no avanço de doenças crônicas, desafiando as organizações de saúde na premissa de atender à nova realidade e, concomitantemente, apresentar sistemas de saúde sustentáveis (MITCHELL; WALKER, 2020).

É iminente a necessidade de pensar em estratégias para o desenvolvimento de modelos de saúde que se configurem em uma nova perspectiva, trabalhando com qualidade e segurança, mas, ao mesmo tempo, de forma economicamente viável. Nesta conjuntura, o envolvimento dos pacientes e seus familiares na reformulação destes serviços pode ser uma alternativa para desenhar processos que atendam às necessidades dos pacientes, como também para atingir melhores resultados em saúde (PRIOR; CAMPBELL, 2018).

A conceituação de engajamento do paciente tem sido utilizada pelos profissionais de forma crescente e, por isso, necessita ter seu significado mais bem esclarecido. Coulter, em seu livro *Engaging patients in healthcare*, caracteriza o engajamento do paciente como um conjunto de métodos recíprocos de indivíduos e trabalhadores, que juntos atuam para promover e apoiar o paciente e o engajamento público em cuidados de saúde, fortalecendo sua influência nas decisões de saúde, tanto nos níveis individuais, como coletivos (COULTER, 2011).

Para Higgins, Larson e Schnall (2017), estudo que investigou o conceito de engajamento na área da saúde interpretou 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.

Segundo Graffigna et al. (2018), entende-se engajamento do paciente como uma proposta de estabelecer uma verdadeira parceria entre pacientes, profissionais e organizações de saúde no seu processo de trabalho. Hardyman et al. (2015) potencializa, como um sujeito que pode orientar tal curso de ação na perspectiva de uma abordagem cocriativa e participativa para a gestão de sua saúde e cuidado.

Ao investigar o conceito de engajamento do paciente, é notório que a coprodução está inserida nesta concepção. A coprodução na saúde é embasada no compartilhamento de informações e na tomada de decisão entre usuários e profissionais do serviço (NEEDHAME CARR et al., 2009; REALPE; WALLACE, 2010). Por conseguinte, demanda que os usuários sejam conhecedores de suas próprias circunstâncias, capazes de tomar decisões, enquanto os profissionais atuam como facilitadores (REALPE; WALLACE, 2010).

Destaca-se que, para a coprodução ser transformadora, requer uma realocação de voz para usuários do serviço. Isso implica em novos relacionamentos com profissionais da linha de frente que carecem de treinamentos, para compreender este novo olhar (REALPE, WALLACE, 2010).

Nesta pesquisa, a terminologia “engajamento do paciente” foi adaptada para a língua portuguesa como “envolvimento do paciente”, pois se acredita que se torna mais acessível e compreendida pelos participantes deste estudo.

Corroborando com essa ideia, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) apresenta como um dos eixos “o envolvimento do cidadão na sua segurança” (BRASIL, 2014) e, no documento da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, também aparece a terminologia “envolvimento” (ANVISA, 2017). Assim, uma vez que documentos oficiais utilizam o termo “envolvimento”, acredita-se ser adequado seu emprego também nesta pesquisa.

Referente ao envolvimento do paciente no seu cuidado, ao incursionar na literatura, observam-se como desafios: baixa alfabetização em saúde no que se refere à sua condição de saúde, falta de recursos financeiros para criação e manutenção de projetos relacionados ao envolvimento do paciente, falta de conhecimento dos profissionais de como envolver os pacientes e seus representantes nas instituições de saúde (MALLOGGI et al., 2020), restrição de tempo dos profissionais, hierarquia e hegemonia médica, paciente com pouca autonomia, frágil comunicação (SHÉ et al., 2020).

Um das estratégias para promover o envolvimento do paciente no seu cuidado e enfrentar tais desafios é a reformulação dos serviços de saúde, desenvolvendo políticas

organizacionais e processos de trabalhos flexíveis, visando proporcionar diferentes maneiras para o usuário se envolver no seu cuidado (TOBIANO et al., 2016; PRIOR; CAMPBELL, 2018). Destaca-se que a elaboração de um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado pode ser um caminho para colocar em prática o envolvimento preconizado por políticas de saúde e programas de segurança do paciente.

A literatura traz alguns exemplos de modelos de envolvimento do paciente, como o “Modelo de Montreal”, fundamentado na colaboração e parceria com pacientes, pesquisadores, profissionais e gerentes de saúde. Nesse modelo, os pacientes atuam como consultores na melhoria em saúde, participando da elaboração de políticas públicas (POMEY et al., 2015). Na Itália, em 2014, foi desenvolvido o “Modelo de envolvimento da saúde do Paciente (PHE)” com ênfase no processo saúde/doença, como o resultado de um complexo processo de adaptação psicológica à doença e o impacto disso na autoimagem dos pacientes (GRAFFIGNA et al., 2014; GRAFFIGNA; BARELLO; BONANOMI, 2017).

Nos Estados Unidos, o modelo *Triple Aim*, desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), descreve novas abordagens visando aperfeiçoar o desempenho dos sistemas de saúde, sustentado por três pilares: melhorando a experiência do paciente, melhorando a saúde da população, reduzindo o custo *per capita* dos cuidados em saúde e, atualmente está sendo discutida a possibilidade de incluir o quarto vértice, que discorre sobre a satisfação dos profissionais em relação ao seu processo de trabalho (IHI, 2022).

Ressalta-se que este último modelo relaciona a experiência do paciente com qualidade, repercutindo em impacto financeiro para as organizações de saúde, podendo ser um estímulo para que as organizações de saúde estimulem o envolvimento do paciente nos seus cuidados.

Estudos sugerem que o envolvimento do paciente nos seus cuidados de saúde e serviços está associado a menos eventos adversos (ARRUDA et al., 2017), impactando em menores custos (GORDON MORE FOUNDATION, 2021), na tomada de decisão compartilhada (MEYER et al., 2016), e pacientes atuando como coprodutores para o cuidado seguro (COSTA et al., 2020a).

No Brasil, por meio da Portaria nº 529, em 2013 foi instituído o PNSP. Destaca-se que um dos principais eixos do PNSP é o envolvimento do usuário na sua segurança, que tem sido considerado um dos mais complexos, visto que envolve a mudança de cultura não só dos profissionais, mas também dos usuários do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Quando se vislumbra a necessidade de transformações na cultura organizacional de serviços de saúde, destaca-se como possibilidade a educação permanente, pois esta visa alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo no processo de trabalho o

principal meio de transformação (BRASIL, 2009). Desta forma, tanto para os profissionais como para os pacientes, este assunto reveste-se de fundamental importância.

Nesse sentido, algumas práticas implantadas configuram exemplos bem-sucedidos desta abordagem. O projeto Paciente Seguro, desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento em parceria com o Ministério da Saúde, visa qualificar o PNSP em organizações de saúde do Brasil, desenvolvendo, por meio da educação permanente, processos educativos com profissionais, pacientes, familiares e acompanhantes (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2021).

Além dessa iniciativa, o Hospital Albert Einstein em São Paulo e o Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre são certificados pelo *Planetree (Patient Centered Care)*. Este modelo de assistência centrado no paciente ancora-se na visão de desenvolver e implementar padrões inovadores de saúde, por meio da educação e informação, aperfeiçoando a experiência do paciente (PLANETREE, 2016; HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2021; HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2021).

O interesse por esta temática surgiu pelas oportunidades de trabalho e, principalmente, após cursar em 2017 a pós-graduação em qualidade e segurança do paciente, despertando a curiosidade de compreender a complexidade de os pacientes participarem do seu processo de cuidado, assim como entender o porquê de alguns profissionais envolverem os pacientes nos cuidados e outros não.

Ressalta-se que a participação no grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), instigou a possibilidade de desenvolver uma pesquisa na qual fosse possível realizar a translação do conhecimento, buscando o que a literatura evidencia e contrapondo com a prática clínica.

A reflexão que emergiu desse processo impulsionou a curiosidade em elaborar um modelo teórico-prático que ajude não apenas a compreender, mas também a implementar na prática assistencial.

A translação do conhecimento está substanciada pela cocriação da ciência com os interessados e compartilhamento deste saber, na premissa de desenvolver pesquisas relevantes com o pressuposto de sustentar a tomada informada de decisões, assim como mudanças políticas, tanto na prática, como na prestação de serviços de saúde (LORENZINI et al., 2019).

Corroborando com essa ideia, a tese discorre sobre a elaboração de um modelo de envolvimento do paciente sustentado pela experiência e informações dos entrevistados, interconectando esta realidade com o que a literatura disponibiliza.

Demarca-se que os modelos de envolvimento do paciente supracitados foram elaborados em países desenvolvidos. Portanto, a proposta de desenvolver um modelo de envolvimento do paciente em um país em desenvolvimento, além de desafiadora, pode fornecer subsídios para mudanças de cultura organizacional, sugerindo novos protocolos assistenciais ou políticas institucionais.

Além disso, esta pesquisa pode contribuir para melhorar a segurança dos processos assistenciais, desencadear ações de educação permanente, possibilitando mudanças na prática clínica, buscando suprir esse hiato entre o que consta nas políticas e programas e a realidade da prática clínica assistencial.

Com isso, apresenta-se como questão de pesquisa: Como desenvolver um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado para uma prática assistencial segura durante a hospitalização?

Esta tese pauta-se em que o envolvimento do paciente com o seu cuidado fundamenta-se nos pressupostos de parceria entre profissional e paciente mediada por estratégias como diálogo, escuta e educação, estimuladas pelo profissional, e pela compreensão do paciente sobre a importância do seu papel no cuidado, sustentados por aspectos organizacionais dos serviços hospitalares.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar.

2.2. Objetivos específicos

Descrever os modelos de envolvimento do paciente com o seu cuidado.

Identificar os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam no envolvimento do paciente nos serviços hospitalares.

Construir um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado, pela perspectiva dos pacientes e profissionais.

Elaborar estratégias para substanciar o envolvimento do paciente com o seu cuidado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico foi organizado em duas seções, que se estruturam no desenvolvimento de um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado. Na primeira seção é aprofundado o conceito sobre o envolvimento do paciente, sustentado pela coprodução e educação permanente, elencando estratégias e desafios a percorrer no que tange a essa temática. Na segunda seção, apresentam-se modelos de envolvimento do paciente em nível mundial, como surgiram, destacando as potencialidades e os desafios.

3.1 O envolvimento do paciente com o seu cuidado: conceituação, estratégias e desafios

Na premissa de compreender e conceituar o envolvimento do paciente, pesquisa que aprofundou essa concepção elenca quatro atributos que compõem o engajamento: personalização, acesso, compromisso e aliança terapêutica (HIGINS; LARSON; SCHMALL, 2017).

Esse estudo ao detalhar tais componentes, interpreta a personalização como a necessidade de adaptar intervenções e estratégias de cuidado, conforme a realidade de cada paciente. O acesso está relacionado à capacidade do paciente de obter recursos informativos ou institucionais com algum nível de confiança. Compromisso é o atributo que está associado a fatores cognitivos ou emocionais que estimulam o paciente a explorar os recursos disponíveis. Já a aliança terapêutica é caracterizada como a conexão do paciente com o profissional inserido no sistema de saúde, sendo promissora na criação de uma parceria eficaz na busca do engajamento (HIGINS; LARSON; SCHMALL, 2017).

Nessa pesquisa, além desses atributos citados, a revisão buscou investigar o conceito de envolvimento e chama a atenção no que se refere à capacidade do indivíduo de escolher participar ativamente dos seus cuidados (HIGINS; LARSON; SCHMALL, 2017). Diante desses achados, propõe-se uma reflexão: Será que os indivíduos querem participar dos seus cuidados? Será que buscam essa coprodução em saúde?

A literatura sugere que os pacientes precisam de motivação para se envolver nos seus cuidados, na premissa de atender processos que demandam maior comprometimento e participação. Perante esse cenário, geralmente, os indivíduos são motivados por questões relevantes para suas vidas e que terão algum benefício diante dessa participação (SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018).

Nessa conjuntura, ao incursionar na literatura sobre estratégias para o envolvimento do paciente no seu cuidado, compilaram-se os seguintes achados: alfabetização em saúde (SAK; ROTHENFLUH; SCHULZ, 2017), comunicação empática (AARTHUN; OYMAR; AKERJORDET, 2017), cultura organizacional focada no envolvimento e autonomia dos profissionais (WONG; LELAND, 2018), tomada de decisão compartilhada (SCHOENFELD et al., 2019), envolvimento dos familiares (SCHENK et al., 2019), habilidades de comunicação (SCHOENFELD et al., 2019), *feedback* positivo, cultura de parceira (MALLOGGI et al., 2020), educação e treinamento (KAMATH et al., 2020), e a importância das lideranças no processo (MALLOGGI et al., 2020; KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

Estudo realizado no Canadá, que elaborou um modelo de envolvimento, com o objetivo de ajudar os planejadores a envolver os pacientes no seu cuidado, construiu, por meio de uma revisão de literatura, quatro categorias de envolvimento do paciente. Ressalta-se que, em todos os grupos, os pacientes foram motivados por oportunidades de melhorar os serviços de saúde (SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018).

Na busca da compreensão dos níveis de envolvimento, pesquisa que categorizou essa temática elenca estratégias para que esse processo ocorra com êxito. Ao incursionar sobre essas categorias, são detalhados quatro níveis: Consultar, Envolver, Colaborar e Empoderar (SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018).

Na categoria “Consultar”, explica que é de suma importância compreender lacunas e barreiras vivenciadas pelos indivíduos em relação aos cuidados de saúde. Como estratégias trazem a importância de eventos presenciais nos quais seja possível aos participantes compartilharem experiências com outros sujeitos, de diferentes formatos, seja por meio de diálogos interpessoais, escrita, desenhos em cartazes. No nível “Envolver”, é preciso elaborar métodos para coletar informações referentes a preocupações de populações específicas sobre um serviço de saúde. Como potencialidades, são citados materiais informativos e diálogos contínuos com os indivíduos (SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018).

Na categorização “Colaborar”, é sugerido aconselhar a gestão sobre como melhorar os serviços para uma determinada população. Esse processo pode ocorrer por reuniões frequentes com ciclos de *feedback* e informações dos participantes, nas quais os indivíduos possam aprender sobre o problema. E, no nível de empoderamento, é de extrema importância criar parceiras com os participantes, oferecendo oportunidades de aprendizagem e planejamento de atividades (SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018).

Observam-se, como semelhança entre esses dois estudos citados (HIGINS; LARSON; SCHMALL, 2017; SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018), que ambos sugerem elaborar parcerias e conexões do paciente com o profissional, na premissa de qualificar o cuidado de saúde. Além disso, destaca-se que esse processo de categorização do envolvimento do paciente citado fornece estratégias para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Ao considerar esses achados, a coprodução é fundamentada no compartilhamento de informações e na tomada de decisão entre usuários e profissionais de saúde (NEEDHAME CARR et al., 2009; REALPE; WALLACE, 2010), integrando a concepção de envolvimento do paciente.

A coprodução na área da saúde, cada vez mais, está recebendo atenção, pois é vista como um meio importante para melhorar a qualidade do atendimento, já que é um processo de envolvimento tanto dos pacientes, como da equipe de saúde, no desenvolvimento dos serviços (BATE; ROBERT, 2007).

Ao incursionar na literatura, pesquisa qualitativa realizada no Brasil que investigou a experiência do paciente em ambiente hospitalar, com ênfase na coprodução de cuidados, demonstrou que a coprodução está relacionada ao comportamento proativo de pacientes-famílias, visto que não é estimulada pelos profissionais (COSTA et al., 2020a).

Em contrapartida, um estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos com 49 pacientes recentemente hospitalizados, revelou que os enfermeiros estimularam à coprodução do cuidado, sendo utilizadas várias modalidades de ensino na premissa de garantir a compreensão e habilidades nas atividades de autocuidado. Nessa pesquisa, destaca-se a importância do comportamento destes profissionais, enfatizando a comunicação empática, antecipando as necessidades dos pacientes, realizando uma escuta atenta e com tempo (TROTTA et al., 2020).

Ressalta-se a importância da educação permanente, destacando a capacitação de todos os enfermeiros da instituição com o objetivo de obter o engajamento, a antecipação dos problemas dos pacientes e comportamentos responsivos. Alinha-se também a importância de se trabalhar com estes aspectos em programas acadêmicos, garantindo que os alunos recebam treinamentos comportamentais em conjunto com treinamento clínico (TROTTA et al., 2020).

A educação é uma estratégia com potencial para sensibilizar profissionais, gestores e usuários. Tal assertiva é destacada em uma revisão de literatura que avaliou estudos no período de 2000 a 2017 sobre o papel do paciente como coprodutor nos serviços de saúde. Nessa revisão, foi constatada a importância de estabelecer ações referentes à educação do paciente e das relações estabelecidas com os profissionais de saúde pautadas no

comprometimento e tomada de decisão compartilhada (COSTA; BORCHARDT; PEREIRA, 2018).

Concorda-se com o raciocínio da sensibilização por meio da educação permanente e que o profissional enfermeiro estar em posição de liderança pode ser uma estratégia para envolver o paciente no cuidado, entretanto, é preciso ter cautela ao atribuir esta responsabilidade a uma única categoria profissional. Sabe-se que, para aprimorar o modelo biomédico, é preciso colocar em prática a interdisciplinaridade, sensibilizando os profissionais sobre as consequências e reflexos desta mudança de paradigma para um futuro em que pacientes sejam coprodutores do seu cuidado.

Corroborando com a estratégia de liderança no que se refere ao envolvimento do paciente, um estudo de métodos mistos realizado na França, que teve como objetivo realizar uma visão geral de experiências dos profissionais de saúde quanto ao envolvimento de pacientes, demonstrou como fator facilitador a importância de a liderança ocorrer de maneira sistêmica em uma organização de saúde. Dessa forma, as lideranças políticas e operacionais devem ser mobilizadas para uma cultura de parceria, destacando a importância do compromisso político da gestão do hospital (MALLOGGI et al., 2020).

Complementando a assertiva, estudo realizado em instituições hospitalares sobre administração pública direta no Sul do Brasil confirmou que os participantes elencaram a importância de uma gestão compartilhada, pautada na satisfação e motivação dos profissionais. Os resultados dessa pesquisa sustentaram a necessidade de uma mudança de paradigma a partir da construção de uma cultura de EPS, da segurança e da qualidade substanciada pela interdisciplinaridade (KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

Referente à satisfação e motivação dos profissionais, no Modelo *Triple Aim*, desenvolvido pelo IHI, que será aprofundado na próxima seção de revisão de literatura, vem sendo discutida a inclusão de um quarto pilar, surgindo o *Quadruple Aim*, que discorre sobre melhorar a experiência dos profissionais de saúde no seu processo de trabalho (BACHYNSKY, 2020; LAPAINE, 2021).

A investigação de Lapaine (2021), que aplicou o *Quadruple Aim* em um hospital canadense, desenvolveu a “cultura de gentileza” entre os funcionários, incentivando as equipes a incorporarem em suas rotinas atividades e metodologias que estimulem o processo de gentileza e bondade entre as diferentes profissões.

Em síntese, a aplicação do *Quadruple Aim* nessa instituição 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 (LAPAINE, 2021).

Conforme citado, assim como os pacientes precisam ser motivados para se envolverem nos seus cuidados, os profissionais também precisam ser estimulados, para que esse processo de parceria e tomada de decisão entre profissionais e pacientes ocorra com sucesso.

Iniciativas para potencializar o envolvimento dos profissionais por meio da educação permanente vêm sendo realizadas pelo IHI. No *site* dessa organização, estão disponíveis recursos gratuitos e materiais para as instituições que tenham interesse em trabalhar nos princípios do modelo *Triple Aim*, apresentando exemplos reais de organizações que implementaram a estrutura desse referencial, trazendo estratégias e desafios para alcançar os objetivos propostos (BACHYNSKY, 2020; IHI, 2022).

Além disso, no *site* do IHI constam cursos *on-line* por meio da plataforma *Open School*, apoiando as organizações de saúde na premissa de fornecer o melhor cuidado possível por meio da educação dos profissionais (IHI, 2022).

Ressalta-se que, além de iniciativas para estimular o envolvimento dos profissionais nessa temática, é de suma importância trabalhar com equipes interdisciplinares, trazendo como exemplos iniciativas de implantação da residência multiprofissional, projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), plataforma Open School (KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020; BACHYNSKY, 2020; IHI, 2022), sendo estratégias para aprimorar o atual modelo de saúde, construindo algo mais horizontal, pautado no diálogo entre diferentes esferas.

O diálogo aberto e o envolvimento ativo são fundamentais para a educação interprofissional e permanente, refletindo em segurança e qualidade do atendimento. Apesar disso, é preciso ter atenção e considerar como a comunicação verbal, não verbal e escrita serão interpretadas por pacientes e membros da equipe de saúde (BACHYNSKY, 2020).

Nesse tocante à comunicação, ela aparece como uma estratégia e, concomitantemente, como barreira referente ao envolvimento do paciente no seu cuidado. Como estratégia, a comunicação foi considerada de boa qualidade quando ocorreram a otimização de informações (CHABOYER et al., 2016), comunicação empática, sensibilidade dos profissionais, informações adaptadas individualmente (AARTHUN; OYMAR; AKERJORDET, 2017), linguagem clara, convidar o paciente a questionar, a compartilhar opiniões, o paciente ser ativo na comunicação com profissionais (SKAGERSTROM et al., 2017), diálogo contínuo entre clínicos e pacientes, visto que o profissional deve conhecer

quais são as necessidades dos pacientes (WONG; LELAND, 2018), cuidados compartilhados, incluindo o paciente no diálogo, o encorajamento do paciente na tomada de decisões (RAPPORT et al., 2019).

Como barreiras, foram evidenciadas falhas de comunicação, mediante a falta de diálogo multidisciplinar (FRERICHS et al., 2016), o fornecimento de informações por via unilateral, sem diálogo nas decisões sobre a modalidade de tratamento, repercutindo em desconfianças nos serviços de saúde (ANDERSEN-HOLLEKIM et al., 2020), impotência do paciente em compartilhar a tomada de decisão (RAPPORT et al., 2019), frágil comunicação, usuários pressionando para que suas vozes sejam ouvidas e seus desejos atendidos pela equipe de saúde (SHÉ et al., 2020).

Além da comunicação, ao incursionar na literatura, interpõem-se como barreiras para o envolvimento do paciente: falta de conhecimento sobre os seus direitos, medo de questionar os profissionais (GARFIELD et al., 2016), hegemonia do poder médico (CHABOYER et al., 2016), estado cognitivo especificando os casos de demência, deficiência cognitiva (WONG; LELAND, 2018), divergência de informações entre os profissionais (MARCA-FRANCES et al., 2020).

Essas barreiras acabam fragilizando o envolvimento dos pacientes nos seus cuidados, conectados a um modelo de saúde sustentado por uma hierarquia tradicional, sem flexibilidade, além da formação profissional embasada no padrão biomédico, repercutindo na dificuldade de se trabalhar com um cuidado interdisciplinar e no envolvimento do paciente como coprodutor do seu cuidado.

Ações em nível mundial estão sendo realizadas com a premissa de envolver o paciente no seu cuidado, citando a criação do Programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual reúne pacientes, profissionais, gestores e vítimas de danos, incentivando que os usuários sejam colocados no centro dos cuidados, buscando melhorar práticas que viabilizem a segurança do paciente (WHO, 2008; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017; IHI, 2022).

Aliada a esse panorama, uma iniciativa liderada por uma fundação filantrópica nos EUA, a *Gordon and Betty More Foundation*, propõe ações para o envolvimento de pacientes. Em um dos seus projetos especiais, consta o “*Patient-Family Engagement*”, que discorre que o envolvimento significativo do paciente continua sendo um desafio. Esse projeto aponta que, quando as pessoas estão engajadas nos seus cuidados de saúde, ocorrem melhores resultados, continuidade do cuidado, impactando em menores custos (GORDON MORE FOUNDATION, 2021), o que vem ao encontro dos objetivos do Modelo *Quadruple Aim*.

Nessa mesma linha de raciocínio, outro exemplo é o *Planetree*, que é um modelo de atendimento hospitalar, sem fins lucrativos, que iniciou em 1978 nos EUA, e tem como filosofia prestar um cuidado mais humanizado, enfatizando a importância de mudanças na cultura organizacional com foco centrado no usuário (PLANETREE, 2016).

Destaca-se que um dos eixos do PNSP, elaborado em 2013, é o envolvimento do usuário na sua segurança, sendo considerado um dos mais desafiadores, visto que envolve mudanças de paradigmas de todas as esferas que estão envolvidas. O PNSP também discorre sobre a inclusão da temática segurança do paciente no ensino e elenca como estratégia a educação permanente (BRASIL, 2013), corroborando com o referencial citado nesta revisão.

Ainda no ano de 2013, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) publicou estratégias para a segurança do paciente, vindo ao encontro da proposta desta tese, que versa sobre pacientes como parceiros na sua segurança. Algumas estratégias são elencadas, tais como a educação de pacientes e acompanhantes sobre a sua participação no cuidado adequado e seguro, utilização de linguagem de fácil compreensão para os pacientes e acompanhantes, empregando figuras, manuais explicativos, direcionando o paciente para o autocuidado (REBRAENSP, 2013). Estas estratégias vêm ao encontro da concepção da coprodução, na premissa de alavancar a importância da construção de aprendizado entre profissionais e pacientes.

Referente a materiais educativos, como manuais, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2017, apresentou a primeira edição de um guia que tem como título “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?”. É um documento que tem a perspectiva de promover uma mudança na cultura dos serviços de saúde, envolvendo os usuários e familiares, contribuindo para um atendimento mais seguro (BRASIL, 2017).

Destaca-se que a utilização de cartilhas simples discorrendo sobre patologias e tratamentos é uma estratégia que facilita o entendimento do usuário sobre seu problema de saúde e fornece argumentos para discussão e esclarecimento de dúvidas com os profissionais (BRASIL, 2017), além da sensibilização para a coprodução em saúde.

No que se refere às ações de instituições hospitalares brasileiras, tem-se como exemplo o Hospital Albert Einstein em São Paulo e o Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, que conseguiram a certificação do *Planetree* (HOSPITAL ISRAELITA, 2021; HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2021). As ações são pautadas na assistência centrada no paciente, tais como: flexibilização de horários de visitas na instituição, incentivar o paciente a acessar o seu prontuário, viabilizar a saída temporária de pacientes para compartilharem ocasiões especiais

com a família, sempre considerando a singularidade de cada indivíduo (HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2021).

O Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre, está coordenando o “Projeto Paciente Seguro”, uma parceria com o Ministério da Saúde por meio do PROADI-SUS, com o objetivo de melhorar a segurança do paciente em hospitais públicos de 15 estados do Brasil. Uma das estratégias desse projeto é a educação de usuários, familiares e acompanhantes referente à segurança do paciente (BRASIL, 2013; HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2021).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre implantou o Programa Permanente de Monitoramento da Qualidade (eQUALISAção), que teve seu primeiro ciclo em 2017, formado por profissionais que desempenham o papel de auditores internos, com processos contínuos de caráter educativo, disseminando aspectos de qualidade e segurança nas diferentes áreas da instituição (HEMESATH et al., 2019). Uma das iniciativas visando sensibilizar estes profissionais foi a realização de cursos sobre segurança do paciente na plataforma *Open School* do IHI, revelando que a instituição já está sendo sensibilizada na perspectiva do modelo *Quadruple Aim*.

Por conseguinte, estudos demonstram que, quando existe o envolvimento do usuário em seu próprio cuidado, a qualidade e segurança na assistência podem ser melhoradas, como também é mais uma barreira para evitar um evento adverso (TEIXEIRA et al., 2022; VILLAR et al., 2020).

Diante disso, é preciso pensar em políticas públicas, assim como encontrar estratégias para operacionalizá-las, na premissa de incentivar a participação do usuário no seu processo de cuidado, melhorar e qualificar a segurança dos processos assistenciais, estimular a educação permanente, para que estas mudanças ocorram concomitantemente em todas as esferas.

3.2 Modelos para o envolvimento do paciente com o seu cuidado: utopia ou possibilidade?

Atualmente 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 de assistência que utilizam (PRIOR; CAMPBELL, 2018). Além disto, as organizações de cuidado de saúde precisam de ferramentas, processos e estruturas para que possam prestar cuidados com qualidade e segurança, investigando alternativas para prestar este cuidado seguro em vários ambientes (SOUSA; MENDES, 2019).

O envolvimento do paciente no seu cuidado pode ser uma ferramenta para superar o hiato em relação ao que consta em programas e políticas e o que é operacionalizado nas práticas assistenciais. Não obstante, entende-se a importância de investigar todos os envolvidos na prestação do cuidado, ou seja, pacientes, familiares, gestores, profissionais de saúde, para então ser possível desenvolver um modelo teórico/prático de envolvimento, compreendendo os diferentes olhares que permeiam este cuidado, concretizando uma possibilidade para a prática assistencial.

Corroborando com essa linha de raciocínio, um estudo de métodos mistos realizado na França, em um hospital universitário, destacou que o desafio atual para ocorrer o envolvimento do paciente discorre sobre a melhoria da eficiência dos processos de saúde por meio de um conhecimento mais aprofundado no que tange à experiência do paciente. Na busca da melhor compreensão, observa-se que muitas intervenções que promovem o envolvimento do paciente são implementadas informalmente por profissionais de saúde, assim como também é relatado que envolver o paciente, muitas vezes, pode ser visto como uma prática conflituosa pela equipe de saúde (MALLOGI et al., 2020).

Na tentativa de transcender essa prática conflituosa, transformando o que ainda é utópico em possibilidade, é de suma importância levar em consideração a compreensão dos modelos de envolvimento do paciente que constam na literatura e como de fato esses foram construídos, operacionalizados e estão sendo avaliados. Dessa maneira, proporcionando subsídios para a construção de um novo olhar para envolver o paciente e os profissionais, repercutindo em qualidade, segurança e uma nova perspectiva de vislumbrar o cuidado.

Ao focar um panorama mundial sobre modelos de envolvimento, a literatura evidencia alguns exemplos em países desenvolvidos, mostrando que esses podem ser integrados ao sistema de saúde em três níveis principais: atendimento direto, desenho organizacional e formulação de políticas (PRIOR; CAMPBELL, 2018).

Esse entendimento vem ao encontro de como se estruturou o “Modelo de Montreal”, no Canadá. Desde 2010, a Universidade de Montreal desenvolveu um modelo que consiste na parceria com pacientes, pesquisadores, profissionais e gestores na melhoria da qualidade (POMEY et al., 2015; POMEY et al., 2018).

Destaca-se que esse movimento teve impacto, com a revisão dos seus padrões de acreditação em 2016, quando órgãos de acreditação e governos definiram novas diretrizes, padrões e políticas, visando tornar o envolvimento do paciente uma estratégia central. O objetivo dessas ações sustenta-se na premissa de melhorar a qualidade em ambientes de saúde, promovendo parceria entre pacientes, famílias, profissionais, assim como verificando a

importância da avaliação desses processos por todos os atores envolvidos (POMEY et al., 2015; CLAVEL; POMEY; GHADIRI, 2019; KOSSEY et al., 2020).

Chama a atenção que esse modelo canadense reforça que a capacidade do paciente de estabelecer relações com os profissionais de saúde está associada, em parte, com seu nível de experiência com a sua doença, ou seja, o conhecimento experimental que o paciente adquire ao longo do tempo, estando envolvido em todo o processo, desde o seu plano de cuidados, a tomada de decisão compartilhada, considerando seus valores (POMEY et al., 2018), levando à interpretação de que esse modelo oferece perspectivas relevantes para a gestão de doenças crônicas.

O estudo de Pomey et al. (2018) discorre sobre as experiências realizadas em Quebec, no que tange ao envolvimento dos pacientes, familiares e profissionais nos cuidados de saúde. Além disso, elenca estratégias e metodologias para aprimorar esse envolvimento em todas as esferas do cuidado.

A investigação demonstra que um aspecto que muitas vezes é negligenciado, relaciona-se à importância da avaliação do trabalho realizado. Portanto, sugere avaliar a percepção de pacientes, parceiros, profissionais, gestores, podendo ser por meio de questionários ou entrevistas, visto que, independente da forma de avaliação, é fundamental que as partes interessadas possam refletir sobre o que aprenderam, e os desafios, bem como sugerir maneiras de melhorar esses processos (POMEY et al., 2018).

Tal direcionamento também destaca a importância de reconhecer o comprometimento e o impacto que a participação nessa experiência teve para contribuir no aprimoramento deste novo olhar, podendo ser realizado por meio de agradecimentos por escrito, como exemplo, reconhecimento em relatórios, publicações internas da instituição, *e-mails*, valorizando a participação (POMEY et al., 2018) na construção desse novo modelo de se pensar a saúde.

Outro estudo, realizado também no Canadá, elaborou um modelo visando ajudar os planejadores a envolver pacientes que não são tradicionalmente incluídos no planejamento de saúde. Essa pesquisa foi desenhada por meio de uma revisão de literatura e abordagem qualitativa (entrevistas e grupos focais), surgindo o modelo que foi testado em dois programas clínicos na atenção primária, um programa envolvendo gestantes, e outro com pacientes com doenças crônicas. Destaca-se que os achados foram utilizados para aprimorar o modelo (SNOW; TWEEDIE; PETERSON, 2018).

Seguindo essa linha de raciocínio, na Itália foi desenvolvido o *Patient Health Engagement model* (PHE), que consiste em quatro estágios (apagão, excitação, adesão, projeto eudaimônico), com ênfase no processo saúde/doença, buscando compreender como os

pacientes elaboram emocionalmente e dão sentido ao seu estado de doença, direcionado para doenças crônicas. O último estágio, eudaimônico, é reflexo de quando o paciente consegue uma abordagem positiva para a gestão de sua saúde, recuperando um papel ativo na sociedade, configurando que o paciente incorporou o gerenciamento da doença em sua vida (GRAFFIGNA et al., 2014).

Conforme supracitado no modelo italiano, esta linha de pensamento de se trabalhar com a gestão de saúde do paciente, de obter um papel ativo, vem ao encontro do conceito de coprodução, pois o paciente que é envolvido no seu cuidado, que compartilha suas dúvidas e dificuldades, que questiona os profissionais ou que participa tornando o cuidado mais qualificado, está colocando em prática essa abordagem tão promissora, mas ao mesmo tempo desafiadora nas organizações de saúde.

A literatura nos mostra que o *Patient Health Engagement model* (PHE) forneceu subsídios para o desenvolvimento da escala *Patient Health Engagement Scale* (PHE-s), primeira medição validada que tem como objetivo diagnosticar o nível de envolvimento do paciente em seu processo de saúde e o impacto disso na sua autoimagem (GRAFFIGNA et al. 2015; GRAFFIGNA; BARELLO; BONANOMI, 2017).

Estudo transversal, realizado com 352 pacientes italianos portadores de doenças crônicas, investigou o envolvimento do paciente na adesão à terapia medicamentosa, utilizando cinco instrumentos, sendo um deles o *Patient Health Engagement model* (PHE). Os resultados demonstraram que o modelo PHE tem impacto na capacidade do paciente de assumir um papel ativo na autogestão e na adesão ao tratamento, melhorando a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde (GRAFFIGNA; BARELLO; BONANOMI, 2017).

O modelo e a escala italiana foram construídos com base em extensos estudos qualitativos, quantitativos, revisão sistemática da literatura, demonstrando a aplicabilidade em um amplo espectro de doenças agudas e crônicas. Ao considerar estes achados, chama a atenção que os estudos publicados discorrem sobre possibilidades de buscar recursos sustentáveis nos sistemas de saúde, visto que, cada vez mais, ocorre um aumento da expectativa de vida, favorecendo o avanço de condições de doenças crônicas, acarretando ônus econômico às organizações de saúde da Europa (GRAFFIGNA et al., 2014; GRAFFIGNA; BARELLO; BONANOMI, 2017; SOUSA; MENDES, 2019).

Essa preocupação com um sistema de saúde sustentável corrobora com o modelo *Quadruple Aim*, dos Estados Unidos, desenvolvido pelo IHI, em 2008, otimizando o desempenho do sistema de saúde, sustentado por quatro pilares: melhorando a experiência do paciente, melhorando a saúde da população, reduzindo o custo *per capita* dos cuidados em

saúde e a satisfação profissional no processo de trabalho (IHI, 2022). Nesse modelo também é destacado o envelhecimento da população associado ao aumento de doenças crônicas, resultando em novas demandas às organizações de saúde (BACHYNSKY, 2020; IHI, 2022).

Percebe-se que os sistemas de saúde do futuro bem-sucedidos serão aqueles que conseguirão entregar simultaneamente excelente qualidade de atendimento, custos otimizados, repercutindo em melhoria da saúde da população, desenvolvendo políticas para a prestação de cuidados de saúde que atendam às necessidades dos pacientes (BACHYNSKY, 2020; IHI, 2022). Entretanto, como operacionalizar isso?

A proposta do modelo americano é muito atrativa, principalmente diante da situação atual, em que cada vez mais recursos econômicos serão utilizados com parcimônia. Em contrapartida, pacientes com doenças crônicas apresentam melhor conhecimento sobre sua patologia, sendo exigentes com a prestação do cuidado, podendo desenvolver a coprodução. Todavia, esse modelo fornece uma perspectiva de buscar aprimorar os sistemas de saúde, sendo para isso necessário reaprender a olhar o processo de trabalho com outras lentes, reformular o ensino, ouvir o que os pacientes têm a dizer, dialogar com outras profissões, valorizando o papel de cada um, com espaços de compartilhamento de saberes.

Certamente, desenvolver este complexo modelo centrado no usuário não é algo simples de operacionalizar, mas existem caminhos que, se trilhados com planejamento, disciplina, investigação na literatura e na prática clínica, possibilitam dar início a esta nova realidade de repensar a saúde, transformando esta aspiração em possibilidade.

Uma revisão de literatura realizada no período de 1990 a 2016, que investigou a participação ativa dos pacientes, prestação e avaliação dos serviços de saúde, revelou que estes avaliaram que seu envolvimento era importante, porém consideraram simbólico, principalmente, quando suas sugestões foram negadas ou decisões já haviam sido tomadas. Salienta-se que o envolvimento do paciente no desenho dos serviços de saúde pode colaborar para estratégias de educação, políticas, assim como aprimorar o redesenho deste novo olhar do serviço de saúde (BOMBARD et al., 2018).

É preciso envolver pacientes, profissionais, gestores, lideranças com qualidade, não apenas no sentido metafórico, mas no sentido real, de como ocorrem esses processos na prática clínica, valorizando as experiências de cada participante. Nesse escopo, existe um grande desafio de superar a distância entre o avanço do conhecimento científico referente às melhores práticas do cuidado e o que efetivamente é prestado aos pacientes (PORTELA et al., 2016). Nesse tocante, buscando superar esta lacuna é que delineou-se esta tese, conectando

um modelo teórico com a realidade prática dos profissionais e pacientes, somando esforços para o fortalecimento de um novo paradigma.

Tal direcionamento de desvendar esse território desconhecido, muitas vezes, gera preocupações das partes envolvidas, porém destaca-se que, para sensibilizar todos os participantes, é fundamental que ocorra um processo de conscientização em todos os níveis de uma instituição de saúde (POMEY et al., 2018), seja por meio da educação permanente, atividades lúdicas, utilizando meios de divulgação da instituição, reconhecendo o trabalho, promovendo um diálogo claro.

Essa configuração de novos modelos pressupõe uma gestão participativa, em que ocorra a interação com profissionais de maneira horizontal e democrática, ouvindo o paciente, contribuindo para aprimorar os processos de cuidados em instituições hospitalares e que este cuidado seja conduzido para atender às necessidades dos usuários (KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2020).

A literatura sugere que pesquisas futuras são necessárias visando compreender as perspectivas sobre o envolvimento do paciente pelas diferentes esferas interessadas, desenvolvendo estratégias que estimulem a construção de um contexto de parceria entre os sujeitos envolvidos (WONG; LELAND, 2018; ANDERSSON et al., 2020; COSTA et al., 2020b).

Logo, para dar início a este novo modelo, talvez seja necessário provocar uma desorganização, pois mudanças implicam em desafios, repensar processos de trabalho, sensibilização, conscientização coordenada e, após esses movimentos, pode-se caminhar para um novo pensar em saúde, com um sistema mais sustentável, almejando esta nova possibilidade.

4 MÉTODO

Neste capítulo, apresenta-se o delineamento metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa, descrevendo-se os seguintes tópicos: caracterização do estudo, cenário do estudo e sujeitos participantes, procedimentos para a realização da coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos da pesquisa. Demarca-se, nesta pesquisa, que o tipo de estudo será substanciado pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo alinha-se à vertente qualitativa na perspectiva da pesquisa convergente assistencial, com ênfase em estudos participativos, incluindo variáveis subjetivas, entrelaçando a teoria com a prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A pesquisa qualitativa possibilita acolher a flexibilidade das vivências dos indivíduos participantes no processo. Optou-se por esta abordagem, pois, ao incursionar na literatura, não se desvelou nenhum instrumento que atendesse às questões para desenvolver este modelo teórico-prático proposto.

A construção desta pesquisa foi embasada nos pacientes e profissionais inseridos no cenário prático, ao mesmo tempo em que o cuidado está ocorrendo, sendo possível ao pesquisador se aproximar do seu objeto de estudo e, simultaneamente, levantar caminhos para que este processo ocorra com êxito.

Este movimento de se aproximar e se afastar do campo prático corrobora com os pressupostos da pesquisa convergente assistencial. Esta convergência entre ações da prática assistencial e da pesquisa ocorre em sincronismo, consequência deste processo de alternância, de períodos de aproximação e de afastamento, possibilitando a superposição dessas duas atividades. Por conseguinte, este processo resulta na produção de um novo conhecimento e inovações para o cuidado em saúde (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017; ALVIM, 2017).

Reveste-se de fundamental importância que, neste tipo de pesquisa, o pesquisador é um profissional da área da saúde que está inserido no respectivo local de estudo, assim como envolvido em ações de assistência em consonância com ações de pesquisa, e possui vasto conhecimento em determinada área assistencial. Essa característica leva o pesquisador a uma função mais propositiva no desenvolvimento do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

No desenho metodológico deste trabalho, a pesquisadora é enfermeira assistencial, atuando na unidade de internação em que foi desenvolvido o modelo teórico-prático. Além disso, a pesquisadora possui conhecimento na área de experiência do paciente e qualidade e segurança no cuidado, a qual se alinha aos atributos deste tipo de estudo.

Além das características citadas, a PCA fundamenta-se pelo aprimoramento com a inserção de inovações no contexto da prática assistencial de enfermagem e saúde. É substanciada pelos seguintes atributos: imersibilidade, simultaneidade, expansibilidade e dialogicidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Esses atributos vêm ao encontro do desenvolvimento desta pesquisa, na qual a dialogicidade foi uma ferramenta de suma importância para a construção do modelo proposto, associado à singularidade de cada sujeito. Complementa-se com a imersibilidade do pesquisador no campo prático, simultaneidade de coleta e análise dos dados, e a possibilidade de expansibilidade do modelo teórico-prático elaborado por este estudo para outros campos da prática profissional.

Destaca-se como exequível para o sucesso do desenvolvimento desta pesquisa, conforme supracitado, o diálogo constante da pesquisadora com os participantes do estudo em todas as etapas de coleta de dados, para conhecer o que é factível de ser desenvolvido na prática assistencial, pela realidade dos pacientes e profissionais.

O desenho metodológico da PCA abrange uma gama de métodos e técnicas qualitativas de investigação, com a finalidade de não somente coletar dados, mas também de envolver todos os sujeitos no processo de desenvolvimento do novo saber, instigando o diálogo como mediador destas relações que ocorrem no campo prático (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Este processo dinâmico, justaposto, integrado à assistência, faz da PCA um método investigativo inovador, possibilitando a exploração, aprofundamento e reflexão das propostas que vão surgindo e sendo decodificadas. Este tipo de pesquisa preserva os princípios e rigor do método científico, partindo de evidências presentes nas práticas diárias dos profissionais (ALVIM, 2017).

Conforme citado na segunda seção da revisão de literatura, propor este modelo teórico-prático é um desafio, pois são necessárias muitas mudanças, de cultura organizacional com ênfase no envolvimento do paciente, a partir do olhar dos pacientes e profissionais, mas também dos serviços hospitalares. A literatura disponibiliza que a PCA também se apresenta como um desafio, visto que iniciar mudanças e inovações no campo da saúde demanda

contínua revisão de postura e atitude dos profissionais, perante as dificuldades e limitações que emergem (ALVIM, 2017).

Acredita-se que os profissionais da saúde detêm o saber científico, e que o modelo biomédico muito avançou até o momento. Não obstante, é preciso desconstruir esta concepção e buscar colocar em prática um diálogo horizontal, em que o profissional possui o conhecimento, porém o paciente também traz seu saber, e esta fusão de saberes pode ser um caminho para desenhar um modelo baseado na coprodução do cuidado.

A PCA é composta dos seguintes passos: a concepção, a instrumentação, a perscrutação, a análise e a interpretação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Portanto, compilou-se um esquema das fases da PCA, alinhando-se com as etapas desta pesquisa, na premissa de demonstrar os principais pontos da trajetória metodológica.

Observa-se que, a fase de perscrutação e a fase de análise, ambas estão inter-relacionadas, pois, neste tipo de pesquisa, estas etapas ocorrem concomitantes, sendo uma característica que possibilita a coleta de dados e, simultaneamente a reflexão e aprimoramento do produto proposto.

Esta condição de sobreposição destas etapas permite ao pesquisador realizar a entrevista, analisar, se afastar do campo prático, interpretar os dados. Posterior a este processo, ele se aproxima com os dados e com outro olhar, permitindo a consciência crítica e inovações para a prática assistencial (ALVIM, 2017).

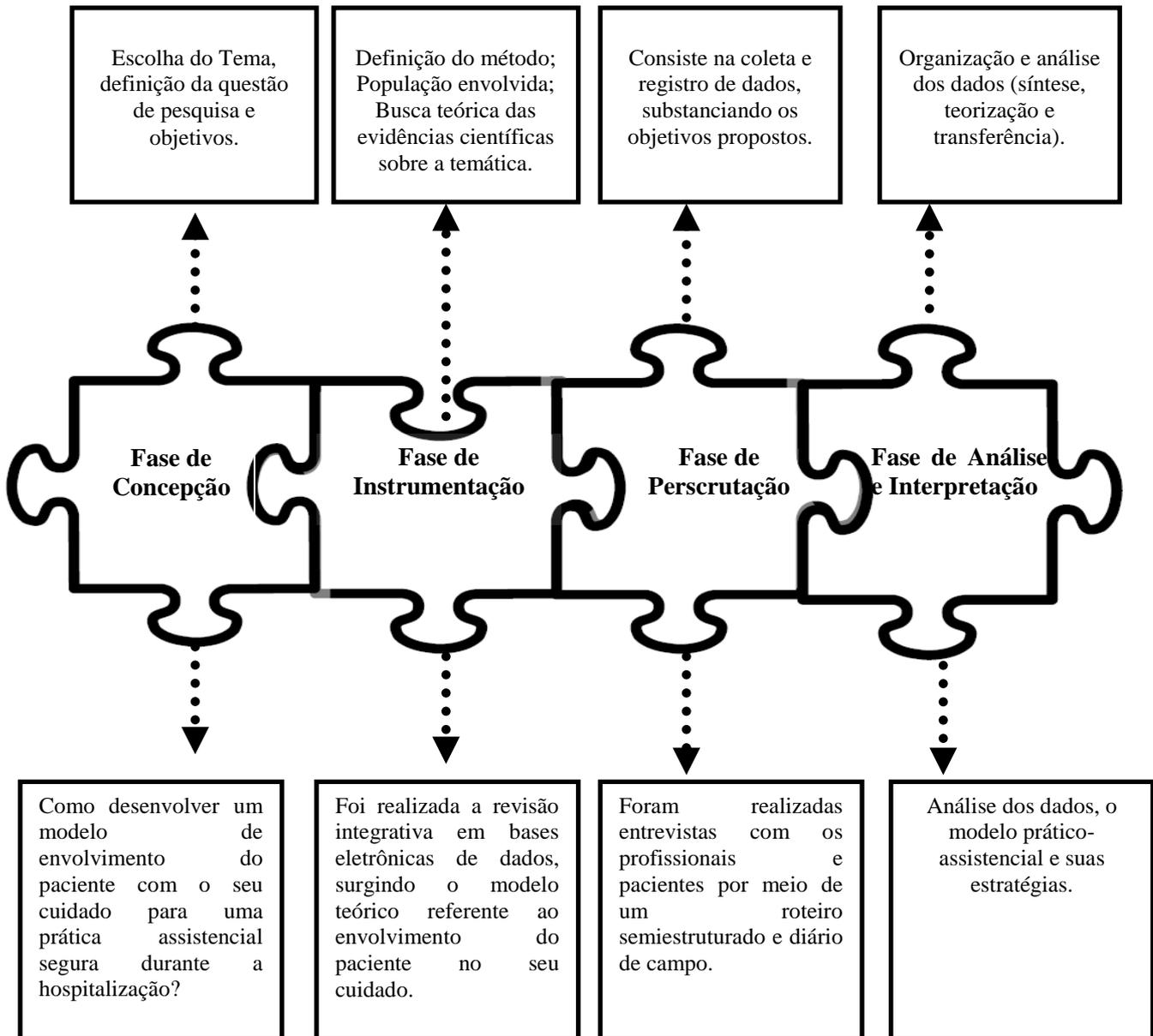


Figura: Representação das etapas de desenvolvimento do estudo.

Fonte: Adaptado de (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário localizado na Região Sul do Brasil, ligado ao Ministério da Educação e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, empresa pública de direito privado, com 836 leitos, acreditado pela *Joint Commission International* (JCI) (HCPA, 2022).

A escolha por esse hospital ocorreu pelo fato de ser instituição acreditada por organização internacional, e por trabalhar com a temática de segurança do paciente na perspectiva de buscar soluções para reduzir os eventos adversos, com uma cultura não punitiva e, sim, focada no aprendizado diante desses erros.

Ressalta-se que a instituição vem trabalhando em um processo de sensibilização dos profissionais e pacientes no que tange a essa temática. No *site* do hospital, existe um espaço virtual, denominado área do paciente. Nesse local, é possível o paciente consultar seus exames, acessar matérias informativas sobre seus direitos e deveres e outras informações que estimulam o envolvimento para o seu cuidado (HCPA, 2021a).

Além disso, a instituição desenvolveu materiais educativos para os profissionais, relacionados ao cuidado centrado no paciente, e vem elaborando estratégias para que esse processo de envolvimento ocorra cada vez mais com êxito, na prática assistencial (HCPA, 2021b).

Salienta-se que hospitais universitários desenvolvem atividades que extrapolam a missão clássica do cuidado à saúde. A pesquisa e o ensino estão entrelaçados com a prática assistencial, propiciando um ambiente favorável para avaliar a participação dos pacientes em todos esses aspectos que se referem ao seu envolvimento (MALLOGI et al., 2020).

A unidade de internação selecionada para a realização do projeto tem capacidade de 20 leitos, taxa de ocupação de 80%, que atende pacientes clínicos e cirúrgicos (HCPA, 2021b). A pesquisadora integra a equipe assistencial de enfermagem da respectiva unidade.

4.3 Participantes do estudo

A amostra foi intencional, para os grupos de convergência e entrevistas. Os participantes das entrevistas foram oito pacientes internados e nove profissionais que prestavam diretamente assistência aos pacientes. Em relação aos profissionais, participaram da pesquisa: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico e um farmacêutico. O grupo de enfermagem da unidade também participou através dos grupos de convergência.

Os critérios de inclusão para os pacientes foram ter idade igual ou superior a 75 anos, tempo de hospitalização superior a 48 horas, ser portador de doença crônica e alfabetizado. Pacientes com instabilidade clínica no momento da entrevista e condições que impossibilitassem a comunicação foram excluídos do estudo.

Optou-se por trabalhar com pacientes idosos acima de 75 anos de idade, visto que uma das linhas de cuidado do HCPA constitui esse grupo. Destaca-se que o HCPA conta com um programa institucional de cuidados ao paciente idoso, que ocorre por meio de escalas específicas (HCPA, 2021b), por conseguinte, os profissionais de saúde estão sendo sensibilizados com essa temática.

Para os profissionais, os critérios de inclusão foram: tempo de atuação no hospital superior a seis meses, compor o quadro de funcionários contratados permanentes, atuar na prática assistencial. Os critérios de exclusão contemplaram profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam em período de férias ou afastados.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

4.4.1 Revisão Integrativa

Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa da literatura como etapa preliminar ao início da coleta de dados em campo, nas bases eletrônicas de dados *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus*, *LILACS* e *CINAHL*, no período de maio a junho de 2021, 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*). As informações levantadas subsidiaram a construção de uma proposta de modelo teórico sobre o envolvimento do paciente.

4.4.2 Entrevistas com pacientes

Para a seleção dos pacientes, primeiramente foi realizada consulta ao censo da unidade, considerando os critérios de inclusão. Na sequência, foi realizada a abordagem aos mesmos, isto é, o convite para participar do estudo. Todos os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participarem do estudo.

O tamanho da amostra dos pacientes foi definido por meio da saturação dos dados, isto é, a amostra foi considerada saturada quando as informações advindas das entrevistas começaram a se repetir (MINAYO, 2017). As entrevistas com os pacientes foram realizadas pela própria pesquisadora, no período de novembro a dezembro de 2021, no quarto privativo do paciente e em horário previamente combinado, sendo que a duração variou de 40 minutos à uma hora. O instrumento para conduzir as entrevistas foi construído por meio dos resultados da revisão integrativa elaborada para substanciar o estudo.

4.4.3 Entrevistas com profissionais e Grupos de Convergência

Posterior ao desenvolvimento deste modelo teórico foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e conduzidas pela própria pesquisadora, com o objetivo de comparar e avaliar a aplicabilidade do que consta na literatura com a prática assistencial.

Os profissionais foram selecionados após consulta ao sistema de registros no prontuário eletrônico, sendo elegíveis aqueles que haviam realizado atendimento aos pacientes participantes. O convite foi viabilizado através do e-mail institucional. A ausência de resposta a quatro tentativas de convite foi interpretada como recusa de participação, visto que ocorreu uma recusa, pois após quatro tentativas, o profissional não retornou os *e-mails*.

Em relação ao número de profissionais, buscou-se contemplar pelo menos um integrante de cada área da equipe multiprofissional. As entrevistas foram realizadas no hospital, no período de janeiro a maio de 2022, sendo que seis entrevistas ocorreram em sala reservada e horário combinado com a pesquisadora e três entrevistas foram realizadas pelo aplicativo *Google meet* conforme preferência do participante. A duração variou de 30 a 50 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para o processo de análise.

Os critérios de inclusão foram: tempo de atuação no hospital superior a seis meses, compor o quadro de funcionários contratados permanentes, atuar na prática assistencial. Os critérios de exclusão contemplaram profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam em período de férias, licença ou afastados.

Os grupos de convergência ocorreram com os profissionais de enfermagem por constituírem a equipe que está permanentemente na unidade, objetivando proporcionar espaços para o diálogo, compreender o olhar dos profissionais e engajar a equipe na pesquisa. Foram realizados quatro grupos de convergência, em diferentes turnos, de aproximadamente 40 minutos, conduzidos pela pesquisadora, no posto de enfermagem e na sala de reuniões da unidade, no período de novembro de 2021 a janeiro de 2022, sendo realizada uma breve apresentação do estudo e apresentado o vídeo “prêmio Júlia Lima”.

Nos grupos realizados durante o dia, participaram seis profissionais, sendo quatro técnicos de enfermagem e dois enfermeiros. Nos grupos noturnos participaram três técnicos de enfermagem, pois o dimensionamento é diferente do diurno.

As informações e impressões da pesquisadora foram descritas no diário de campo, elaborado concomitante com a coleta de dados, resultando em 20 laudas.

4.5 Análise dos dados

Na revisão integrativa, foi realizada uma análise temática por dois pesquisadores separadamente. Foram seguidas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020).

Para o tratamento dos resultados qualitativos, referente às entrevistas, ocorreu conforme as quatro etapas preconizadas pela PCA (Apreensão, Síntese, Teorização e Transferência). Na fase da apreensão, ocorreu a leitura das entrevistas transcritas, do diário de campo e organização das informações. Na etapa da síntese, foi realizada a interpretação dos dados, reunindo os elementos relevantes em três categorias, sendo elaborado um modelo prático-assistencial de envolvimento do paciente no seu cuidado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de teorização possibilitou elencar estratégias para substanciar o modelo de envolvimento do paciente no seu cuidado. A etapa de transferência permitiu a significação das descobertas, contextualizando com a literatura, na premissa de sustentar a prática assistencial, sem generalizar a outros contextos.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa contemplou as recomendações das Resoluções 466/12 e 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e posteriormente do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, sob o número 4.929.033, CAEE: 49110921.5.0000.5327.

Os benefícios da pesquisa corroboram com a OMS (WHO, 2008), o PNSP (BRASIL, 2013) e os princípios dos modelos de envolvimento do paciente, citados na revisão de literatura desta pesquisa. Estes recomendam e incentivam estudos que discutam sobre a importância de estabelecer parceria entre profissionais e pacientes, repercutindo em qualidade, segurança e a coprodução do cuidado.

Os riscos relacionados à participação na pesquisa foram considerados mínimos, sendo relacionados à possível desconforto em relatar sobre algum conflito existente que envolva a relação interpessoal dentro do hospital, ocorrência de erros ou medo por abordar o assunto e, posteriormente, receber punição.

Caso isso ocorresse, a entrevista seria interrompida a critério do entrevistado e realizado apoio, mediante a escuta da situação e acolhimento. Caso essas medidas não fossem suficientes, a pesquisadora poderia avaliar com a equipe assistente o encaminhamento para

consultoria do serviço de psicologia. Neste estudo, nenhuma entrevista foi interrompida pelo entrevistado.

Os participantes do estudo não tiveram seu nome revelado. A pesquisa prevê um sistema de codificação com letras e números, utilizando a expressão “Pac” (paciente) e “Prof” (profissional), grupos de convergência (GC) numerados de acordo com a ordem cronológica da realização.

O anonimato das informações foi explicado a cada participante, e, após seu aceite, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinaturas, em duas vias, sendo uma destinada à pesquisadora e outra ao participante. Na pesquisa utilizou-se dois TCLE, um para pacientes (APÊNDICE C), e outro para profissionais (APÊNDICE D). Nas entrevistas realizadas on-line, o TCLE foi encaminhado via endereço eletrônico.

As entrevistas transcritas e os arquivos de áudio serão armazenados pela pesquisadora por cinco anos, somente em meio digital e no computador particular da pesquisadora.

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

Revisão de Literatura

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

Andrieli Daiane Zdanski de Souza¹

Louíse Viecili Hoffmeister^{2,3,4}

Gisela Maria Schebella Souto De Moura⁵

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação de Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade NOVA de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Investigação em Saúde Pública. Lisboa, Portugal.

³ *Comprehensive Health Research Center*. Lisboa, Portugal.

⁴ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

⁵ 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.

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 saúde¹. Além das políticas organizacionais, processos de trabalhos flexíveis são importantes para proporcionar diferentes maneiras de o usuário se envolver no seu cuidado¹⁻². O envolvimento tem conquistado, cada vez mais, o reconhecimento como componente assistencial das tecnologias de cuidado em saúde³.

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 paciente⁴⁻⁷. 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 cuidado⁸. 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 serviço⁹⁻¹⁰. O envolvimento tem contribuído na redução da ocorrência de eventos adversos¹¹, em menores custos¹², na tomada de decisão compartilhada¹³ e em pacientes atuando como coprodutores para o cuidado seguro¹⁴.

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 públicas¹⁵. 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 paciente¹⁶.

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 saúde¹⁷. 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 usuário¹⁸⁻²⁰.

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 atuais²¹⁻²².

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 revisão²³.

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,

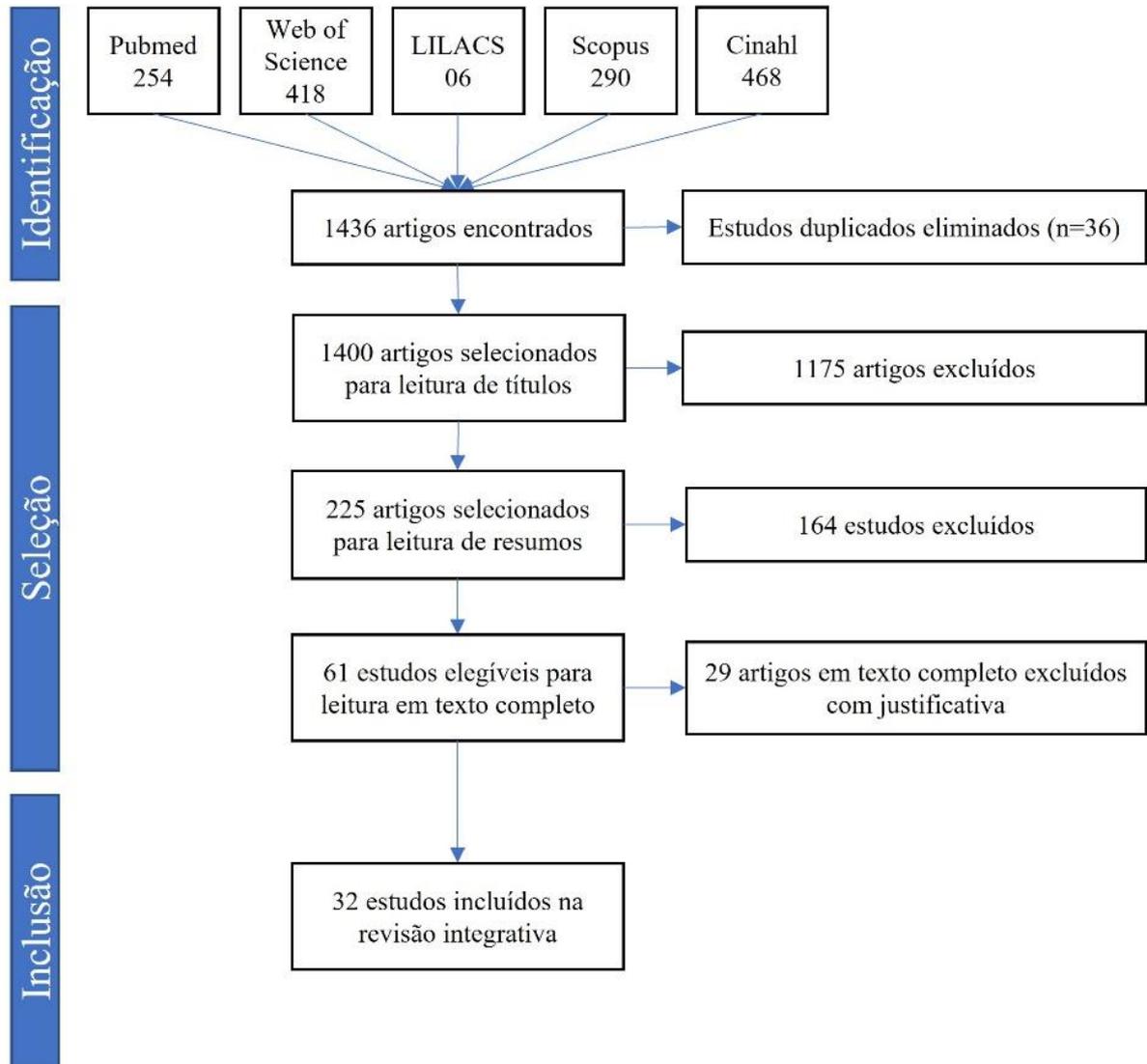
autores, ano de publicação, periódico, país em que foi realizada a pesquisa, objetivo do estudo, delineamento metodológico, avaliação da qualidade do estudo quanto ao rigor metodológico e principais resultados relacionados às barreiras e aos fatores facilitadores do envolvimento dos pacientes. Os resultados 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 qualidade²⁴. 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, ambulatório 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. (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 pacientes²⁵⁻²⁹. Destaca-se a linguagem simples, não sendo utilizados termos médicos³⁰. “Comunicação aprimorada”³¹ 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 escrita³²⁻³⁵, pois permite aos pacientes consultarem várias vezes a informação³², sugerindo o uso de folders informativos³³ e dando uma atenção especial ao “escrito” no momento da alta³⁵.

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 suficiente³⁴ e “entendível”³⁵, caracterizada pelo diálogo contínuo entre clínicos e pacientes³⁶. Estabelecendo-se uma boa comunicação com os profissionais, pautada no respeito e dignidade³⁷⁻³⁸, no tratamento atencioso e amigável³⁸, os pacientes sentem-se valorizados²⁸ e incentivados a compartilharem seu ponto de vista^{25,27}, expressando suas opiniões²⁵ e realizando questionamentos^{25,30}. Desta forma, configura-se um ambiente para tomada de decisão compartilhada¹³, com participação dos pacientes em decisões importantes²⁵, ou seja, os cuidados são compartilhados²⁶.

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 profissionais²¹ e a capacidade de comunicação dos profissionais³⁸. Alguns momentos são reconhecidos como “chave” para prestar informações, como, por exemplo, na admissão e por ocasião dos resultados de testes³². 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^{27-28,30}.

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 compreendem³⁴, a equipe não possui habilidade para se comunicar efetivamente³⁸, há sobrecarga de informações diante da alta hospitalar e os pacientes e equipe de saúde falam idiomas diferentes³³, não havendo disponibilidade de intérpretes³⁸. Assim, a comunicação também pode ser frágil⁵ e passível de falhas^{5,34}. A complexidade deste importante elemento das interações humanas alerta para a existência de desafios de comunicação⁶.

A frágil comunicação pode estar interconectada com as relações conflituosas de pacientes e profissionais, configurando comportamento hostil e rude por parte de profissionais³⁸ e postura ofensiva do paciente e familiar³⁰. Dificuldades no relacionamento entre pacientes e profissionais³⁰ podem associar-se ao fato de considerar que a informação seja unidirecional³³ e à existência de informações conflitantes entre profissionais³⁷. A divergência de informações entre os profissionais resulta em insegurança para os pacientes³². Também é verdade que o paciente, ao sentir-se impotente para compartilhar a tomada de decisão, assume uma posição de

deixar que a equipe decida²⁶. Os profissionais alertam que tensões podem surgir durante a negociação com os pacientes sobre cooperação e autonomia³⁹.

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)⁴⁰ ou um paciente com melhor estado de saúde mental¹³, aliados ao conhecimento sobre saúde e aspectos da sua doença⁴¹⁻⁴³, as experiências anteriores e a capacidade de reconhecer mudanças na sua condição clínica²⁹ são aspectos considerados facilitadores para o processo de envolvimento no seu cuidado. O envolvimento do paciente é maior diante de um problema sério de saúde³⁴. Pacientes crônicos⁴⁰ são predispostos ao envolvimento. Ademais, também foi citado o termo “pacientes especialistas” e, para isso, estes precisam ter uma experiência equilibrada da doença e conhecimento²¹.

Por outro lado, as condições de saúde³⁵ do paciente podem comprometer sua participação, configurando-se numa barreira para o envolvimento. Os elementos encontrados foram: ansiedade³⁶, estado cognitivo (demência, deficiência cognitiva)^{29-30,36}, 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 estudos³⁹. Corroborando com esse dado, também foi visto que existem pacientes que apresentam dificuldades em reter informações³⁵.

O estado do paciente (déficit auditivo, visual, cognitivo, doenças psiquiátricas)⁴⁰ e a condição frágil do paciente³³ também comprometem o envolvimento. Alinhados a esses aspectos, limitações do paciente devido à doença e o medo da ocorrência de quedas⁴⁴ podem dificultar o engajamento. Além disso, é apresentado que os pacientes em cuidados intensivos adquirem papel passivo⁴⁴.

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^{41,43}, ausência de privação econômica⁴¹, pessoas com alto nível de educação⁴⁵. Em contrapartida, as barreiras mencionadas pelos estudos foram: pacientes da população rural²⁸, responsabilidade financeira (pacientes evitando serviços para limitar os custos)¹³, alfabetização inadequada, indivíduos com menor escolaridade; classes sociais desfavorecidas^{28,43}, idosos^{28,40,42-43} tendem a ser menos envolvidos, pois confiam mais na equipe de profissionais^{40,42}. 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 papel⁴⁵.

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 saúde³⁶, falta de conhecimento dos pacientes sobre seus direitos, sobre

as funções dos profissionais de saúde⁴⁰, baixa alfabetização em saúde³², pacientes avaliam que não são informados³², dificuldades de compreensão dos pacientes sobre questões médicas³⁴, e desconhecimento por parte dos pacientes sobre como e em quais circunstâncias acessar os serviços de emergência³⁸.

A motivação para o engajamento configura outro conjunto de resultados elencados nos estudos, decorrendo do próprio paciente³⁶, da presença de familiares e amigos³³⁻³⁴ e da equipe de enfermagem³⁵. Postura assertiva do paciente e familiar³⁰ e informações fornecidas pelos familiares sobre o histórico de saúde/doença do paciente³⁰ são reconhecidas como elementos facilitadores do envolvimento. Acrescentam-se aos fatores relacionados ao paciente o desejo de ser mais envolvido³⁵, 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 religião⁴⁴.

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 erros²⁷, a educação do paciente sobre segurança foi importante para melhorar as percepções e atitudes do paciente sobre sua própria segurança enquanto no hospital⁴⁶, e pacientes com maior gravidade clínica tiveram aumento da pontuação referente à percepção de segurança⁴⁶.

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 decisão³⁴, e, ainda, aqueles que acreditam que devem ser um “bom” paciente, adotando um papel de receptor passivo de cuidados⁴⁴. Também compõe esta subcategoria a falta de habilidade ou capacidade dos pacientes para serem envolvidos como parceiros³⁹, em situações tais como: dificuldades em fazer perguntas aos médicos⁴¹, pacientes não questionam os profissionais, porque vislumbram os profissionais como autoridades, e medo de não receber cuidados adequados^{27,40,47}, repercutindo em falta de envolvimento do paciente na tomada de decisão³⁷.

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 paciente²⁷, autonomia, habilidades e flexibilidade⁵; incentivam o paciente e familiar a realizarem uma lista de tópicos que gostariam de discutir; conhecem a história do paciente, questionam seus desejos e preferências³⁰; e foram citadas competências do farmacêutico (conhecimento sobre medicamentos, escuta do paciente, postura acolhedora e calma)³⁵.

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 representantes²¹, profissionais não envolvem os pacientes³³, médicos não costumam pedir informações aos pacientes³⁴, experiências subjetivas não valorizadas²⁹, participantes relacionaram o empoderamento com o cuidado centrado no paciente³¹.

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 profissionais⁶. 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 estresse²⁵, medo de ser processado se informar aos pacientes sobre erros⁽⁴⁰⁾ e o medo dos enfermeiros de que os pacientes possam cair, repercutindo na restrição da autonomia dos pacientes⁴⁴.

Adiciona-se, ainda, a essas descobertas os depoimentos de que envolver os pacientes na equipe de saúde pode ser visto como uma prática conflituosa²¹ e o fato de que os profissionais de saúde alegaram que não gostavam de ser repreendidos pelos pacientes, vendo seus comentários como críticas negativas⁴⁷. Ademais, a discussão de caso sem o paciente estar presente, profissionais de saúde se sentem pressionados com a presença do paciente ou familiar, presença de mais de um familiar nas reuniões³⁰, dificuldades dos profissionais em compartilharem todas as informações com os pacientes e familiares²⁹⁻³⁰ 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 diferente⁴⁸.

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^{28,36,48}. 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 paciente⁴⁸⁻⁴⁹. 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 pacientes⁴⁹.

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^{16,28,49-50}.

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 remuneratórios⁴⁹.

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 pacientes⁴⁹⁻⁵⁰.

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^{21,29,31,51}. 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*)⁵¹.

Destaca-se a importância do papel das lideranças como atributo para o envolvimento do paciente, sobressaindo a atuação das altas lideranças⁴⁹, 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^{21,30}. 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^{5-6,27-28,40,51}.

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 pacientes⁵. 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 pacientes³⁸. 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 cuidados³⁸. A falta de confiança no sistema de saúde²⁹ e a constatação de conflito entre as informações dadas pelo hospital e pela atenção primária³⁵ 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^{5,30,44}. 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^{6,44}, 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)^{5,27,33}. As roupas hospitalares utilizadas pelos pacientes, com *design* que não favorece o ato de vestir, também configuram elementos dificultadores⁴⁴.

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 engajamento³⁵. 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^{5-6,21,25,27,29,31,33-34,44,51}. 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^{5,21}.

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 compartilhada⁵²; e o diálogo contínuo entre profissionais e pacientes⁵³⁻⁵⁴, a comunicação empática e de maneira compreensível, realizando escuta com tempo⁵⁵, 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 saúde⁵⁶, 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^{54,57}.

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 hospitais¹⁴. Os pacientes e seus familiares, como clientes finais dos serviços de saúde, precisam ser vistos como parceiros no planejamento, implementação e melhorias dos cuidados prestados⁵⁸. 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 soluções⁵⁹.

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 saúde⁶⁰. 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 eficiência⁶¹. 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 paciente²⁸.

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 trabalho⁶²⁻⁶³. 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 custos⁶³.

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 engajamento⁶⁴. Destaca-se que os pacientes precisam ser estimulados para se envolverem nas decisões sobre sua saúde⁶⁴. 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 participação²².

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 organização⁶⁵.

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 pessoa⁶⁶. 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*⁵⁹.

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 2013¹⁷. 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”⁶⁰.

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 literatura⁶⁷. 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 pesquisas⁶⁸, fornecendo subsídios para a transferência do conhecimento para a prática clínica, reduzindo a lacuna entre o conhecimento e a prática⁶⁹.

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 [cited 2021 Jul 15]; 10(1):e5. Available from: <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 [cited 2021 Ago 10]; 48(4):362-70. Available from: <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 em 20 jul 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/quia-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 [cited 2021 Jul 12]; 29(13-14):2293-305. Available from: <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 [cited 2021 Ago 10]; 17(9):3294. Available from: <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 [cited 2021 Mai 15]; 36(6):346-54. Available from: <https://doi.org/10.1136/emered-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 [cited 2021 Jul 10]; 11(3):e0149789. Available from: <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 [cited 2021 Mai 12]; 100(1):30-6. Available from: <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 [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/>
 10. Realpe A, Wallace LM. What is co-production? The Health Foundation [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 16]. Available from: <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 [cited 2021 Jun 12]; 11(11):4445-54. Available from: <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 [cited 2021 Jun 12]. Available from: <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 [cited 2021 Jun 15]; 40(4):523-33. Available from: <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 Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 12]; 28:e3272. Available from: <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 [cited 2021 Jan 15]; 21:38-44. Available from: <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 [cited 2021 Jan 12]; 64(5):332-46. Available from: <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
 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 [cited 2021 Jul 12]; 20(1):391. Available from: <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 [cited 2021 Jul 10]; 18(1):181. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2969-1>
23. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 11]; 52(5):546-53. Available from: <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 [cited 2021 Jan 11]; 34:285-91. Available from: <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 [cited 2021 Ago 11]; 35(1):96-103. Available from: <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 [cited 2021 Ago 15]; 19(1):38. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3881-z>
27. Skagerström J, Ericsson C, Nilsen P, Ekstedt M, Schildmeijer K. Patient involvement for improved patient safety: a qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nurs Open* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 10]; 4(4):230–9. Available from: <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 [cited 2021 Jun 16]; 30(3):565-73. Available from: <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 [cited 2021 Ago 12]; 18(3):392-405 Available from: <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 [cited 2021 Jun 16]; 20(4):724-33. Available from: <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 [cited 2021 Jun 11]; 44(3):263-8. Available from: <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 [cited 2021 Jul 15]; 20(1):131. Available from: <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 [cited 2021 Mar 14]; 18(6):2787-98. Available from: <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 [cited 2021 Jun 13]; 25(10):1118-28. Available from: <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 [cited 2021 Jun 15]; 26(1):149-57. Available from: <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 [cited 2021 Ago 11]; 36(1), 29–42. Available from: <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 [cited 2021 Mar 16]; 30(5):358-65. Available from: <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 [cited 2021 Jun 13]; 23:159-68. Available from: <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 [cited 2021 Jun 18]; 22(4):650-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.12874>
 40. Garfield S, Jheeta S, Husson F, Lloyd J, Taylor A, Boucher C, Jacklin A, Bischler A, Norton C, Hayles R, Franklin BD. The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: A Qualitative Study. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 11]; 11(4):e0153721. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153721>
 41. Ousseine YM, Durand MA, Bouhnik AD, Smith A', Mancini J. Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 14]; 102(11):1949-56. Available from: <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 [cited 2021 Ago 13]; 17(1):59. Available from: <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 [cited 2021 Mar 15]; 30(8):1183-1203. Available from: <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 [cited 2021 Jun 14]; 41(3):297-304. Available from: <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 [cited 2021 Mar 18]; 26(6):901-5. Available from: <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 [cited 2021 Ago 22]; 29(3):392-8. Available from: <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 [cited 2021 Mai 24]; 48(1):61-7. Available from: <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 [cited 2021 Mai 20]; 21(6):1035-45. Available from: <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 [cited 2021 Mai 16]; 23(5):510-5. Available from: <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 [cited 2021 Mai 22]; 105:103444. Available from: <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 [cited 2021 Ago 23]; 26(3):765-76. Available from: <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 [cited 2021 Mar 12]; 35(12):3572-80. Available from: <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 [cited 2021 Mar 18]; 20(1):1115. Available from: <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 [cited 2021 Mai 16]; 10(3):e035831. Available from: <http://dx.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 [cited 2021 Jun 25]; 43(6):568-78. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.22087>
 56. Joint Commission International (JCI). Speak Up about your care [Internet]. 2021 [cited 2021 Ago 18]. Available from: <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]. 2021 [cited 2021 Ago 11];14. Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000865>
 58. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mai 18]; 25:509-17. Available from: <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 [cited 2021 Jun

- 19]; 21:31-7. Available from: <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. [cited 2021 Jun 21]; Available from: <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 [cited 2021 Jun 24]; 9(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.12662/2317-3206jhbs.v9i1.3294.p1-8.2021>
 62. Bachynsky N. Implications for policy: The triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. Nurs Forum [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 19]; 55(1):54-64. Available from: <https://doi.org/10.1111/nuf.12382>
 63. Lapaine M. Embracing the Quadruple Aim: One hospital's experience. Healthc Manage Forum [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 23]; 34(1):26-8. Available from: <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 [cited 2021 Mar 22]; 28(1-2):340-50. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.14639>
 65. Wiczorek CC, Nowak P, Frampton SB, Pelikan JM. Strengthening patient and family engagement in healthcare - The New Haven Recommendations. Patient Educ Couns [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 18]; 8:1508-13. Available from: <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 [cited 2021 Jun 27]; 13(1):98. Available from: <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. Editorial. Rev Gaúcha 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 [acesso 2021 Mar 17]; (21):17-26. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>
 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: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0001-0004>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Esta revisão integrativa encontra-se inserida no protocolo do estudo “Envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar: A proposição de um modelo”, que irá subsidiar uma tese de doutorado.

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 conflitos de interesse.

HISTÓRICO

Recebido: 08/11/2021

Aprovado: 20/03/2022

AUTOR CORRESPONDENTE

Andrieli Daiane Zdanski de Souza

andriele_zdanski@hotmail.com

REFERÊNCIAS

- AARTHUN, A.; A ØYMAR, K.; AKERJORDET, K. How health professionals facilitate parents' involvement in decision-making at the hospital: a parental perspective. **Journal Of Child Health Care**, v. 22, n. 1, p. 108-121, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1367493517744279>. Acesso em: 21 maio. 2022.
- ALMEIDA, C.V.; BELIM, C. Os contributos da alfabetização em saúde para o sistema, os profissionais de saúde e os pacientes: o círculo virtuoso da comunicação na saúde. **J. Health Biol Sci**, Fortaleza, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1352380/3294.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.
- ALVIM, N.A.T. Convergent Care Research in Nursing - Opportunities for technological innovations. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170041>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- AN, J. *et al.* The effects of patient education on patient safety: can we change patient perceptions and attitudes?. **International Journal For Quality In Health Care**, v. 29, n. 3, p. 392-398, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx037>. Acesso em: 18 dez. 2021.
- ANDERSEN-HOLLEKIM, T. *et al.* Narratives of patient participation in haemodialysis. **Journal Of Clinical Nursing**, v. 29, n. 13-14, p. 2293-2305, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15238>. Acesso em: 21 out. 2021.
- ANDERSSON, Å. *et al.* Patient involvement in surgical care—Healthcare personnel views and behaviour regarding patient involvement. **Scandinavian Journal Of Caring Sciences**, v. 35, n. 1, p. 96-103, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12823>. Acesso em: 21 out. 2021.
- ARRUDA, N.L.O. *et al.* Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4445-4454, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a15019p4445-4454-2017>. Acesso em: 15 out. 2020.
- AUED, G.K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 18 dez. 2021
- BACHYNSKY, N. Implications for policy: the triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. **Nursing Forum: an independent voice for nursing**, v. 55, n. 1, p. 54-64, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12382>. Acesso em: 24 mar. 2022.
- BATE, P.; ROBERT, G. **Bringing User Experience to Healthcare Improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design**. Coventry: Crc Press, 2007.

BATALDEN, M. *et al.* Coproduction of healthcare service. **Bmj Quality & Safety**, v. 25, n. 7, p. 509-517, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>. Acesso em: 25 abr. 2022.

BERGERUM, C. *et al.* Patient involvement in quality improvement – a ‘tug of war’ or a dialogue in a learning process to improve healthcare? **Bmc Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05970-4>. Acesso em: 21 maio 2022.

BRABERS, A. E.M. *et al.* Do social norms play a role in explaining involvement in medical decision-making? **The European Journal Of Public Health**, v. 26, n. 6, p. 901-905, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw069>. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. 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/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**, Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Paciente Seguro**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.iepmoinhos.com.br/pacienteseguro/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2022.

BOMBARD, Y. *et al.* Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. **Implementation Science**, v. 13, n. 1, p. 1-22, 2018. **Springer Science and Business Media LLC**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BOUDES, M. *et al.* What do stakeholders expect from patient engagement: are these expectations being met?. **Health Expectations**, v. 21, n. 6, p. 1035-1045, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12797>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BULJAC-SAMARDZIC, M. *et al.* Patients as team members: factors affecting involvement in treatment decisions from the perspective of patients with a chronic condition. **Health Expectations**, v. 25, n. 1, p. 138-148, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13358>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BUTLER, J.M. *et al.* Patient Perceptions of Hospital Experiences: implications for innovations in patient safety. **Journal Of Patient Safety**, v. 18, n. 2, p. 563-567, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000865>. Acesso em: 27 set. 2021.

CHABOYER, W. *et al.* Patient engagement in clinical communication: an exploratory study. **Scandinavian Journal Of Caring Sciences**, v. 30, n. 3, p. 565-573, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12279>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CHAN, E. *et al.* Older patients' perception of engagement in functional self-care during hospitalization: a qualitative study. **Geriatric Nursing**, v. 41, n. 3, p. 297-304, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.009>. Acesso em: 27 set. 2021.

CLAVEL, N.; POMEY, M.P.; GHADIRI, D.P. Partnering with patients in quality improvement: towards renewed practices for healthcare organization managers?. **Bmc Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4618-8>. Acesso em: 10 dez. 2021.

COULTER, Angela. **Engaging Patients in Healthcare**. New York: Open University Press, 2011. 208 p.

COSTA, C.L.A.; BORCHARDT, M.; PEREIRA, G.M. O papel do paciente como coprodutor nos serviços de saúde: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Ciência e Tecnologia das Américas**, v. 43, n. 9, p. 648-654, 2018. Disponível em: <https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2018/09/648-COSTA-43-09.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

COSTA, D.G. *et al.* Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, p. 1-9, 2020b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>. Acesso em: 21 out. 2021.

COSTA, D.G. *et al.* Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1-9, 2020a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472012000200001>. Acesso em: 27 set. 2021.

DECAMP, M. *et al.* Patients' Views About Patient Engagement and Representation in Healthcare Governance. **Journal Of Healthcare Management**, v. 64, n. 5, p. 332-346, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/jhm-d-18-00152>. Acesso em: 21 out. 2021.

FRERICHS, W. *et al.* Shared Decision-Making in Oncology – A Qualitative Analysis of Healthcare Providers' Views on Current Practice. **Plos One**, v. 11, n. 3, p. 1-13, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149789>. Acesso em: 21 out. 2021.

FUSARI, M.E.K.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M.; COSTA, V.T. Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. 1-10, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>. Acesso em: 27 abr. 2022.

GARFIELD, S. *et al.* The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: a qualitative study. **Plos One**, v. 11, n. 4, p. 1-17, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0153721>. Acesso em: 27 set. 2020.

GESSER-EDELSBURG, A. *et al.* 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. **American Journal Of Infection Control**, v. 48, n. 1, p. 61-67, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2019.06.021>. Acesso em: 21 out. 2021.

GORDON AND BETTY MORE FOUNDATION. **Patient care: Improving the experience and outcomes of patient care**. 2021. Disponível em: <https://www.moore.org/initiative-strategy-detail?initiativeId=special-projects-in-patient-care>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GRAFFIGNA, G. *et al.* Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the patient health engagement (phe) scale. **Frontiers In Psychology**, v. 6, p. 1-10, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>. Acesso em: 27 set. 2021.

GRAFFIGNA, G. *et al.* Patient Engagement: the key to redesign the exchange between the demand and supply for healthcare in the era of active ageing. **Studies In Health Technology And Informatics**, v. 203, p. 85-95, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-425-1-85>. Acesso em: 21 out. 2021.

GRAFFIGNA, G.; BARELLO, S.; BONANOMI, A. The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: a structural equation model. **Plos One**, v. 12, n. 6, p. 1-19, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179865>. Acesso em: 21 out. 2021.

GRAFFIGNA, G.; BARELLO, S. Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): a psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. **Patient Preference And Adherence**, v. 12, p. 1261-1271, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/ppa.s145646>. Acesso em: 21 out. 2021.

HARDYMAN, W.; DAUNT, K.L.; KITCHENER, M. Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: a micro-level approach and research agenda. **Public Management Review**, v. 17, n. 1, p. 90-107, 7 fev. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2014.881539>. Acesso em: 04 fev. 2022.

- HARRISON, R. *et al.* Beyond translation: engaging with culturally and linguistically diverse consumers. **Health Expectations**, v. 23, n. 1, p. 159-168, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12984>. Acesso em: 04 fev. 2022.
- HARRISON, R. *et al.* Hospitalization from the patient perspective: a data linkage study of adults in australia. **International Journal For Quality In Health Care**, v. 30, n. 5, p. 358-365, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy024>. Acesso em: 04 fev. 2022.
- HEMESATH, M.P. *et al.* Programa de auditoria interna de qualidade como forma de agregar profissionais e disseminar padrões de qualidade e segurança. In: Anais da 39ª Semana Científica do HCPA. **Clinical & Biomedical Research**, v. 39, p.112-113, 2019, Porto Alegre. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/>. Acesso em: 04 fev. 2022
- HIGGINS, T.; LARSON, E.; SCHNALL, R. Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis. **Patient Education And Counseling**, v. 100, n. 1, p. 30-36, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>. Acesso em: 21 out. 2021.
- HONG, Q.N. *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education For Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3233/efi-180221>. Acesso em: 1 abr. 2022.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, HCPA. **Instalações**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-instalacoes>. Acesso em: 27 set. 2021.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, HCPA. **Área do Paciente**, 2021. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao>. Acesso em: 27 set. 2021.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, HCPA. **Cuidado centrado no paciente: Educação de pacientes e familiares e direitos e deveres do paciente**, 2021b. Disponível em: <https://moodle.hcpa.edu.br/course/view.php?id=289#section-1>. Acesso em: 27 set. 2021.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Escritório Planetree Brasil**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.einstein.br/estrutura/escritorio-planetree>. Acesso em: 27 set. 2021.
- HOSPITAL MÃE DE DEUS. **Hospital Mãe de Deus é certificado Planetree**. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.maededeus.com.br/noticias/hospital-mae-de-deus-e-certificado-planetree/>. Acesso em: 27 set. 2021.
- HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. **Projeto Paciente Seguro**. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <http://www.iepmoinhos.com.br/pacienteseguro/>. Acesso em: 27 set. 2021.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **The IHI Triple Aim**. Disponível em: <https://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Acesso em: 4 fev. 2022.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **Open School**. Disponível em: <https://my.ihl.org/portal/content/knowledge/access-education-platform.aspx>. Acesso em: 4 fev. 2022.

JEROFKE-OWEN, T.; DAHLMAN, J. Patients' perspectives on engaging in their healthcare while hospitalised. **Journal Of Clinical Nursing**, v. 28, n. 1-2, p. 340-350, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14639>. Acesso em: 27 abr. 2022.

Joint Commission International (JCI). **Speak Up About Your Care**. 2021. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/about-your-care/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

JØRGENSEN, M.J. *et al.* Implementation of patient involvement methods in the clinical setting: a qualitative study exploring the health professional perspective. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, v. 26, n. 3, p. 765-776, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13217>. Acesso em: 10 dez. 2021.

KAMATH, D. *et al.* Patient and caregiver reported facilitators of self-care among patients with chronic heart failure: report from a formative qualitative study. **Wellcome Open Research**, v. 5, p. 10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15485.2>. Acesso em: 10 dez. 2021.

KEMPEN, T.G.H. *et al.* Comprehensive medication reviews by ward-based pharmacists in Swedish hospitals: what does the patient have to say?. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, v. 26, n. 1, p. 149-157, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13121>. Acesso em: 27 set. 2021.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L.; LANZONI, G.M.M. Professional interaction in management of the triad: permanent education in health, patient safety and quality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>. Acesso em: 27 set. 2021.

KOSSEY, S. *et al.* National Patient Safety Consortium: learning from large-scale collaboration. **Healthcare Quarterly**, v. 22, n., p. 10-26, 2020. Longwoods Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2020.26050>. Acesso em: 27 abr. 2022.

LAPAINE, M. Embracing the Quadruple Aim: One hospital's experience. **Healthcare Management Forum**, v. 34, n. 1, p. 26-28, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0840470420942791>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LEE, N.J.; Ahn, S.; Lee M. Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. **Bmj Open**, v. 10, n. 3, e035831, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035831>. Acesso em: 27 abr. 2022.

LIMA, L.J.L.; LOPES, M.R.; BOTELHO FILHO, C.A.L.; CECOM, R.S. Avaliação do autocuidado com os pés entre pacientes portadores de diabetes melito. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 21, e20210011, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.210011>. Acesso em: 10 dez. 2021.

LORENZINI, E.; BANNER, D.; PLAMONDON, K.; OELKE, N. A call for knowledge translation in nursing research. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 28, p. 1-3, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0001-0004>. Acesso em: 27 set. 2021.

LUXFORD, K.; SAFRAN, D. G.; DELBANCO, T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. **International Journal For Quality In Health Care**, v. 23, n. 5, p. 510-515, 2011. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>. Acesso em: 27 set. 2021.

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 Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1-2, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MANIAS, E. *et al.* Barriers and enablers affecting patient engagement in managing medications within specialty hospital settings. **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 2787-2798, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12255>. Acesso em: 27 set. 2021.

MARCA-FRANCES, G. *et al.* Defining patient communication needs during hospitalization to improve patient experience and health literacy. **Bmc Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-4991-3>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MAURO, A.D. *et al.* Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 55, p. 1-8, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0145>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MEYER, M.A.; HUDAK, R. P. Assessing the Effects of Financial Literacy on Patient Engagement. **American Journal Of Health Behavior**, v. 40, n. 4, p. 523-533, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5993/ajhb.40.4.14>. Acesso em: 28 ago. 2021.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59> Acesso em: 10 dez. 2021.

MITCHELL, E.; WALKER, R. Global ageing: successes, challenges and opportunities. **British Journal Of Hospital Medicine**, v. 81, n. 2, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2019.0377>. Acesso em: 28 ago. 2021.

NEEDHAM, C. **SCIE Research briefing 31: co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation.** 2009. Disponível em: <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

NICKEL, W.K.; WEINBERGER, S.E.; GUZE, P. A. Principles for Patient and Family Partnership in Care: an american college of physicians position paper. **Annals Of Internal Medicine**, v. 169, n. 11, p. 796, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/m18-0018>. Acesso em: 10 dez. 2021.

O'CONNOR, M. *et al.* A Qualitative Exploration of Seriously Ill Patients' Experiences of Goals of Care Discussions in Australian Hospital Settings. **Journal Of General Internal Medicine**, v. 35, n. 12, p. 3572-3580, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-06233-y>. Acesso em: 04 fev. 2022.

O'CONNOR, P.; DI CARLO, M.; ROULEAU, J.L. The Leadership and Organizational Context Required to Support Patient Partnerships. **Healthcare Quarterly**, v. 21, p. 31-37, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2018.25641>. Acesso em: 28 ago. 2021.

OUSSEINE, Y.M. *et al.* Multiple health literacy dimensions are associated with physicians' efforts to achieve shared decision-making. **Patient Education And Counseling**, v. 102, n. 11, p. 1949-1956, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.015>. Acesso em: 04 fev. 2022.

OXELMARK, L. *et al.* Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: evidence from a discrete choice experiment. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 105, p.103444, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PLANETREE. **Planetree international designation criteria and implementation guidance**. 2016. Disponível em: <https://resources.planetree.org/wp-content/uploads/2016/02/Planetree-International-Designation-Criteria-and-Implementation-Guidance....pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

PALUMBO, R.; ANNARUMMA, C.; ADINOLFI, P.; MUSELLA, M. The missing link to patient engagement in Italy. **Journal Of Health Organization And Management**, v. 30, n. 8, p. 1183-1203, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/jhom-01-2016-0011>. Acesso em: 28 ago. 2021.

PRATES, C.G. *et al.* Patient safety culture in the perception of health professionals: a mixed methods research study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20200418, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>. Acesso em: 28 ago. 2021.

PRIOR, S.J.; CAMPBELL, S. Patient and Family Involvement: a discussion of co-led redesign of healthcare services. **Journal Of Participatory Medicine**, v. 10, n. 1, p. 5, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2196/jopm.8957>. Acesso em: 04 fev. 2022.

POMEY, M.P. *et al.* Le "Montreal model": enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. **Santé Publique**, v.41, p. 41-50, 2015. Disponível em: [10.3917/spub.150.0041](http://dx.doi.org/10.3917/spub.150.0041). Acesso em: 28 ago. 2021.

POMEY, M.P. *et al.* Development of Patient-Inclusive Teams: toward a structured methodology. **Healthcare Quarterly**, v. 21, p. 38-44, 6 dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2018.25640>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PORTELA, M.C. *et al.* Improvement Science: conceptual and theoretical foundations for its application to healthcare quality improvement. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105815>. Acesso em: 04 fev. 2022.

RAINEY, H. *et al.* The role of patients and their relatives in ‘speaking up’ about their own safety - a qualitative study of acute illness. **Health Expectations**, v. 18, n. 3, p. 392-405, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12044>. Acesso em: 10 dez. 2021.

RAPPORT, F. *et al.* What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals. **Bmc Health Services Research**, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-3881-z>. Acesso em: 10 dez. 2021.

REALPE, A.; WALLACE.; L.M. What is co-production? The Health Foundation, 2010. Disponível em: <https://qi.elft.nhs.uk/resource/what-is-co-production/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SAK, G.; ROTHENFLUH, F.; SCHULZ, P.J. Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients’ participation in health care: a cross-sectional population-based study. **Bmc Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0448-x>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SCHENK, E.C. *et al.* Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm. **Journal Of Nursing Care Quality**, v. 34, n. 1, p. 73-79, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ncq.0000000000000333>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SCHOENFELD, E.M. *et al.* Physician-identified barriers to and facilitators of shared decision-making in the Emergency Department: an exploratory analysis. **Emergency Medicine Journal**, v. 36, n. 6, p. 346-354, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2018-208242>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SCHOENFELD, E. M. *et al.* Patient Preferences Regarding Shared Decision Making in the Emergency Department: findings from a multisite survey. **Academic Emergency Medicine**, v. 25, n. 10, p. 1118-1128, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13499>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SEALE, H. *et al.* 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. **American Journal Of Infection Control**, v. 44, n. 3, p. 263-268, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.003>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SHÉ, É.N. *et al.* “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. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 17, n. 9, p. 3294, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17093294>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SKAGERSTRÖM, J. *et al.* Patient involvement for improved patient safety: a qualitative study of nurses' perceptions and experiences. **Nursing Open**, v. 4, n. 4, p. 230-239, 2017. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.89>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SNOW, M.E. *et al.* Heard and valued: the development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning. **Bmc Health Services Research**, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-2969-1>. Acesso em: 27 set. 2021.

SOARES, G.C. *et al.* Estratégias de envolvimento dos pacientes e acompanhantes nas ações de segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.25 e-1418, 2021. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210066>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SOUZA, A.D.Z.; HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Facilitadores e barreiras do envolvimento do paciente nos serviços hospitalares: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0395pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SOUSA, L.M.M. *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 21, n. 2, p. 17-26, 2017. Disponível em: <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W (Org.) **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed .Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SUTTON, E.; BREWSTER, L.; TARRANT, C. Making infection prevention and control everyone's business? Hospital staff views on patient involvement. **Health Expectations**, v. 22, n. 4, p. 650-656, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12874>. Acesso em: 10 dez. 2021.

TEIXEIRA, C.C. *et al.* Professionals' beliefs in patient involvement for hospital safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4,e20210359, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0359>. Acesso em: 04 fev. 2022.

TIBOLA, T.S.A. *et al.* Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. **Enfermagem em Foco**,v. 10, n. 2, 4 set. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n2.2044>. Acesso em: 10 dez. 2021.

TRENTINI, M.; PAIM L.; SILVA, D.G.V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>. Acesso em: 28 ago. 2021.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V., PERES, M.A.A. Convergent care research and its qualification as scientific research. **Rev Bras Enferm**, v.74, n.1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>. Acesso em: 28 nov.2022.

TROTTA, R. L. *et al.* Moving beyond the measure: understanding patients' experiences of communication with nurses. **Research In Nursing & Health**, v. 43, n. 6, p. 568-578, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.22087>. Acesso em: 04 fev. 2022.

TOBIANO, G. *et al.* Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. **Journal Of Nursing Scholarship**, v. 48, n. 4, p. 362-370, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12219>. Acesso em: 04 fev. 2022.

TONG, A. *et al.* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal For Quality In Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 04 fev. 2022.

VAN DONGEN, J.J.J.; HABETS, I.G.J.; BEURSKENS, A.; VAN BOKHOVEN, M.A. Successful participation of patients in interprofessional team meetings: a qualitative study. **Health Expectations**, v. 20, n. 4, p. 724-733, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12511>. Acesso em: 04 fev. 2022.

VILELA, R. P.B.; JERICÓ, M.C. Implementing technologies to prevent medication errors at a high-complexity hospital: analysis of cost and results. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 4, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019gs4621. Acesso em: 28 ago. 2021.

VILLAR, V.C.F.L.; DUARTE, S.C.M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. 1-2, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223019>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WIECZOREK, C.C.; NOWAK, P.; FRAMPTON, S.B.; PELIKAN, J. M. Strengthening patient and family engagement in healthcare — The New Haven Recommendations. **Patient Education And Counseling**, v. 101, n. 8, p. 1508-1513, ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.04.003>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WONG, C.; LELAND, N. E. Clinicians' Perspectives of Patient Engagement in Post-Acute Care: a social ecological approach. **Physical & Occupational Therapy In Geriatrics**, v. 36, n. 1, p. 29-42, 2 jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02703181.2017.1407859>. Acesso em: 28 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ageing and health**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 28 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **MANUAL DE POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE**: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.

YAMASHITA, T.; BARDO, A.R.; LIU, D.; CUMMINS, P.A. Literacy, Numeracy, and Health Information Seeking Among Middle-Aged and Older Adults in the United States. **Journal Of Aging And Health**, v. 32, n. 1-2, p. 33-41, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264318800918>. Acesso em: 04 fev. 2022.

ZIKUSOOKA, M.; ELICI, O.C.; ÖZDEMİR, H. Job satisfaction among Syrian healthcare workers in refugee health centres. **Human Resources For Health**, v. 19, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-021-00685-x>. Acesso em: 28 ago. 2021.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PACIENTES

1. Dados do Participante

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade:

Dias de Internação:

Data de Internação:

Data da Alta Hospitalar:

Motivo da Internação:

Comorbidades:

2 Informações da Entrevista

Data:

Horário de início:

Horário de Término:

Questões Norteadoras:

1. Durante esta internação, você foi *ensinado/estimulado/a* participar do seu cuidado? De que forma? Poderia me explicar melhor? Dar um exemplo? Quem lhe estimulou (profissional, familiar, amigo...)? O que a pessoa disse ou fez para lhe estimular?
2. O que você entende que facilita ou dificulta a participação no seu cuidado? Existe algum momento que você se sente mais a vontade para participar? Quando internou? Durante o banho? Na realização do curativo?
3. A experiência da sua doença influencia no seu processo de envolvimento com o seu cuidado? De que forma? Poderia me explicar melhor?
4. Você busca informações sobre a sua doença, seu tratamento, os cuidados necessários? Se sim, quais as fontes que você pesquisa?
5. Quando as informações sobre os seus cuidados são complementadas com material escrito/cartazes/folders, você pensa que isso auxilia no seu cuidado?
6. Você pensa que seu estado de saúde (*ansiedade, depressão, euforia*), pode influenciar no processo de envolvimento do seu cuidado?
7. Você acha que a presença de familiares, amigos, cuidadores, facilita ou dificulta o processo de envolvimento com o seu cuidado?
8. Você pensa que o diálogo/comunicação com os profissionais facilita ou dificulta o processo de envolvimento com o seu cuidado? Por quê?
9. O que você compreende por tomada de decisão compartilhada no seu cuidado? Você já realizou alguma tomada decisão compartilhada com os profissionais de saúde? Explique.

10. Você acha que existe colaboração/cooperação/parceira entre profissionais e pacientes nos cuidados realizados neste hospital? Você confia nos profissionais? De que forma? Poderia me explicar melhor?
11. Quando você tem dúvidas, sobre medicações, cuidado prestado, suspeita de alguma falha, você questiona os profissionais? E qual profissional geralmente esclarece sua dúvida? Para quem você direciona suas dúvidas? Para quem você pergunta?
12. Você acha que o ambiente desta instituição facilita ou dificulta o envolvimento do paciente para o seu cuidado (roupas, área física, barulho, número de profissionais, organização, carga de trabalho)?
13. Quando você escuta a expressão “envolvimento do paciente com o seu cuidado”, o que lhe vem à mente? Você já ouviu alguma vez isso? O que você entende sobre envolvimento do paciente com o seu cuidado?

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PROFISSIONAIS

1. Dados do Participante

Idade: _____
 Sexo: () Feminino () Masculino
 Escolaridade: _____
 () Superior
 () Pós-graduação _____
 Tempo de Formação: _____
 Tempo na instituição: _____

2 Informações da Entrevista

Data: _____
 Horário de início: _____
 Horário de Término: _____

Questões Norteadoras:

1. Neste hospital, você se sente estimulado para envolver os pacientes nos cuidados de saúde? Se sim, por que se sente estimulado? (tempo/rotinas)
2. Você educa os pacientes em relação aos cuidados durante o processo de hospitalização? Se sim, em que momentos?
3. Na sua prática profissional, existem momentos, horários, situações, que você pensa que são favoráveis/facilitam para ocorrer o envolvimento do paciente com o seu cuidado? E situações que você pensa que são difíceis/barreiras?
4. Você observa outros profissionais envolvendo o paciente nos cuidados?
5. Você acha que existe parceira/colaboração entre profissionais e pacientes nos cuidados realizados neste hospital?
6. Como você entende que deve ser o diálogo entre o profissional e o paciente para que ocorra o envolvimento do paciente no seu cuidado? (*comunicação clara, linguagem simples, termos científicos*).
7. Como você se sente quando um paciente questiona o seu trabalho?
8. A cultura organizacional desta instituição, você acredita que influencia ou dificulta o processo de envolvimento do paciente no seu cuidado? De que forma? O que a instituição faz para você se sentir estimulado?
9. Você acha que as lideranças desta instituição estimulam as equipes sobre a importância do envolvimento do paciente com o seu cuidado?
10. Você acha que a estrutura desta instituição facilita ou dificulta o envolvimento do paciente com o seu cuidado? (roupas, área física, privacidade, tempo disponível).
11. Quando você escuta a expressão “envolvimento do paciente com o seu cuidado”, o que lhe vem à mente?

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

Cadastro no GPPG nº: 2021-0300
Nº do CAAE: 49110921.5.0000.5327

Título do Projeto: Envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar: A proposição de um modelo.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa consiste em relatar sua experiência, no que se refere ao envolvimento do paciente no seu cuidado durante esta internação hospitalar. A entrevista será realizada em local privativo na própria unidade, no leito ou pelo aplicativo *on-line* que o paciente escolher. O tempo estimado é de aproximadamente 25 minutos. A entrevista será gravada e após ser transcrita, será deletada.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são considerados mínimos, sendo relacionados à possível desconforto em relatar sobre algum conflito existente que envolva a relação interpessoal dentro do hospital, ocorrência de erros ou medo por abordar o assunto.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são contribuir para a elaboração de um modelo de envolvimento do paciente para o seu cuidado, repercutindo em mudanças para aprimorar o cuidado prestado, melhorar a segurança dos processos assistenciais e a proposição de um modelo com o olhar e experiência do paciente. Como benefícios indiretos, poderá beneficiar futuros pacientes e substanciar outras pesquisas.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com os pesquisadores, conforme contatos a seguir, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Pesquisadora Responsável
gmoura@hcpa.edu.br
(51) 3308-5332

Dda. Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Pesquisadora-Discente
adzsouza@hcpa.edu.br
(51) 98036-0589

Você concorda em participar da pesquisa? () Sim, concordo em participar da pesquisa.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para as pesquisadoras.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Cadastro no GPPG nº: 2021-0300
Nº do CAAE: 49110921.5.0000.5327

Título do Projeto: Envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar: A proposição de um modelo.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa consiste em relatar sua experiência no seu processo de trabalho, no que se refere ao envolvimento do paciente no seu cuidado durante a assistência hospitalar. A entrevista será realizada em local privativo na própria unidade, ou pelo aplicativo *on-line* que o profissional escolher. O tempo estimado é de aproximadamente 25 minutos. A entrevista será gravada e após ser transcrita, será deletada.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são considerados mínimos, sendo relacionados à possível desconforto em relatar sobre algum evento adverso, conflito existente com outros profissionais ou medo por abordar determinado assunto e, posteriormente, receber punição.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são contribuir para a elaboração de um modelo de envolvimento do paciente para o seu cuidado, repercutindo em mudanças de cultura organizacional, qualificar os processos assistenciais, melhorar a segurança do cuidado e proposição de um modelo teórico-prático com o olhar e experiência do profissional da linha de frente. Como benefícios indiretos, poderá substanciar a proposição desse modelo para outras unidades do hospital e a elaboração de escalas para avaliar o processo de envolvimento do paciente no seu cuidado.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com os pesquisadores, conforme contatos a seguir, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura
 Pesquisadora Responsável
gmoura@hcpa.edu.br
 (51) 3308-5332

Dda. Andrieli Daiane Zdanski de Souza
 Pesquisadora-Discente
adzsouza@hcpa.edu.br
 (51) 98036-0589

Você concorda em participar da pesquisa? () Sim, concordo em participar da pesquisa.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para as pesquisadoras.

 Nome do participante da pesquisa

 Assinatura

 Nome do pesquisador que aplicou o Termo

 Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM O SEU CUIDADO NO CONTEXTO HOSPITALAR: A PROPOSIÇÃO DE UM MODELO

Pesquisador: Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49110921.5.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.929.033

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas no campo "Apresentação do Projeto" foram retiradas do arquivo do projeto e das informações básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1763729).

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a estimativa é de que, entre 2015 e 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos aumente de novecentos milhões para dois bilhões, destacando-se o crescimento significativo do número de pessoas que vivam com mais de 80 anos. Ressalta-se que essa ampliação da expectativa de vida está desafiando as organizações a apresentar sistemas de saúde sustentáveis. É iminente a necessidade de pensar em estratégias para o desenvolvimento de modelos de saúde que se configurem em uma nova perspectiva, trabalhando com qualidade e segurança, mas, ao mesmo tempo, de uma forma economicamente viável. Destaca-se que os modelos de envolvimento do paciente encontrados na revisão de literatura foram elaborados em países desenvolvidos, portanto, a ideia de desenvolver um modelo de envolvimento do paciente em um país em desenvolvimento, além de desafiadora, pode fornecer subsídios para mudanças de cultura organizacional, sugerindo novos protocolos assistenciais ou políticas institucionais. Além disso, pode contribuir para melhorar a segurança

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTOALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



dos processos.

assistenciais, desencadear ações de educação permanente, possibilitando mudanças na prática clínica. Com isso, apresenta-se como questão de pesquisa: Como desenvolver um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado para uma prática assistencial segura durante a hospitalização? Objetivo: Elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. Método: O estudo será desenvolvido por meio de revisão de literatura, conduzido pela vertente qualitativa na perspectiva da pesquisa convergente assistencial. Será utilizada a revisão de literatura para elaborar um modelo teórico de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. Após a elaboração deste, serão realizadas entrevistas com profissionais de saúde e pacientes com idade acima de 75 anos, na perspectiva de investigar a aplicabilidade deste modelo teórico na prática assistencial. A partir destes resultados, será criado um modelo teórico/prático de envolvimento do paciente que será testado em uma unidade de internação clínico-cirúrgica da instituição. O cenário de estudo será um hospital universitário público do Sul do país. A análise de dados irá ocorrer conforme as etapas preconizadas pela PCA (apreensão, síntese, teorização e recontextualização). A pesquisa irá ser avaliada pelos órgãos competentes em relação aos preceitos éticos. Revisão de literatura: O referencial teórico foi elaborado por iniciativas de envolvimento do paciente, sustentado pela coprodução, educação permanente e o modelo Quadruple Aim. Considerações: O movimento de entrelaçar o teórico ao prático apresenta-se como um grande desafio para o avanço do conhecimento científico, com o qual se busca superar a distância entre as melhores práticas do cuidado e o que efetivamente é prestado aos pacientes. Nesse tocante, buscando superar esta lacuna é que foi desenhado este projeto de tese, conectando um modelo teórico com a realidade prática dos profissionais e pacientes, no intuito de alavancar o envolvimento do paciente com o seu cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Descrever os modelos de envolvimento do paciente com o seu cuidado.
- Identificar os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam no envolvimento do paciente com o seu cuidado, no contexto hospitalar.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTOALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



- Elaborar um modelo teórico do paciente na coprodução do cuidado no contexto hospitalar.
- Testar o modelo teórico/prático inicial em uma unidade de internação clínico-cirúrgica. Proceder a ajustes no modelo inicial com base no teste piloto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados à participação na pesquisa são considerados mínimos, sendo relacionados a possível desconforto em relatar sobre algum conflito existente que envolva a relação interpessoal dentro do hospital, ocorrência de erros ou medo por abordar o assunto e, posteriormente, receber punição.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa corroboram com a OMS (WHO, 2008), o PNSP (BRASIL, 2013) e os princípios dos modelos de envolvimento do paciente, citados na revisão de literatura deste projeto. Estes recomendam e incentivam estudos que discutam sobre a importância de estabelecer parceria entre profissionais e pacientes, repercutindo em qualidade, segurança e a coprodução do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Hipótese: Com isso, apresenta-se como questão de pesquisa: Como desenvolver um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado para uma prática assistencial segura durante a hospitalização? Este projeto pauta-se na tese de que o envolvimento do paciente com o seu cuidado fundamenta-se nos pressupostos de parceria entre profissional e paciente sustentada por estratégias como diálogo, escuta e educação, estimuladas pelo profissional, e por meio da compreensão do paciente sobre a importância do seu papel no cuidado, revelada por questionamentos aos profissionais, pelo exercício dos seus direitos e a apreensão do autocuidado. **Metodologia Proposta:** O estudo será desenvolvido por meio de revisão de literatura, conduzido pela vertente qualitativa na perspectiva da pesquisa convergente assistencial. Será utilizada a revisão de literatura para elaborar um modelo teórico de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. Após a elaboração deste, serão realizadas entrevistas com profissionais de saúde e pacientes com idade acima de 75 anos, na perspectiva de investigar a aplicabilidade deste modelo teórico na prática assistencial. A partir destes resultados, será criado um modelo teórico/prático de envolvimento do paciente que será testado em uma unidade de internação clínico-cirúrgica da instituição. O cenário de estudo será um hospital universitário público do Sul do país.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTOALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



- Critério de Inclusão: Referente aos profissionais de saúde -Serão considerados os seguintes critérios de inclusão: tempo de atuação no hospital superior a seis meses, compor o quadro de funcionários contratados permanentes, atuar na prática assistencial e estar disposto a participar do estudo. Referente aos pacientes.

-Serão considerados critérios de inclusão: idade igual ou superior a 75 anos, tempo de hospitalização superior a 48 horas e ser alfabetizado.

-Critério de Exclusão: Referente aos profissionais de saúde -Como critérios de exclusão: profissionais que, no momento da coleta de dados, estejam em período de férias, licença ou afastados.

Referente aos pacientes -Como critérios de exclusão: instabilidade clínica no momento da entrevista e condições que impossibilitem a comunicação.

Metodologia de Análise de Dados: A análise de dados irá ocorrer conforme as etapas preconizadas pela PCA (apreensão, síntese, teorização e recontextualização). A pesquisa irá ser avaliada pelos órgãos competentes em relação aos preceitos éticos. Revisão de literatura: O referencial teórico foi elaborado por iniciativas de envolvimento do paciente, sustentado pela coprodução, educação permanente e o modelo Quadruple Aim. Desfecho Primário: Elaborar um modelo de envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar. Desfecho Secundário: Descrever os modelos de envolvimento do paciente com o seu cuidado. Identificar os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam no envolvimento do paciente com o seu cuidado, no contexto hospitalar. Elaborar um modelo teórico do paciente na coprodução do cuidado no contexto hospitalar. Testar o modelo teórico/prático inicial em uma unidade de internação clínico-cirúrgica. Proceder a ajustes no modelo inicial com base no teste piloto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de profissionais e pacientes apresentados na PB e projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.867.214 foram respondidas pelos pesquisadores,

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS **Município:** PORTOALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

conforme carta de respostas adicionada em 02/08/2021. Não apresentam-se novas pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (projeto e TCLE versão de 02/08/2021 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 18 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (20210300) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.

Informamos que obrigatoriamente as versões dos TCLE's a serem utilizadas deverão corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

- d) Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.
- e) Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1763729.pdf	03/08/2021 13:11:45		Aceito
Declaração de Pesquisadores	LGPD.pdf	03/08/2021 13:11:12	Andrieli Daiane Zdanski de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/08/2021 14:57:27	Andrieli Daiane Zdanski de Souza	Aceito
Outros	Outros.docx	02/08/2021 14:47:39	Andrieli Daiane Zdanski de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	02/08/2021 14:47:22	Andrieli Daiane Zdanski de Souza	Aceito
Outros	FR_assinada_HCPA_20210300.pdf	07/07/2021 11:23:43	Milene Gladzik Rangel	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	05/07/2021 14:08:47	Andrieli Daiane Zdanski de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Agosto de 2021

Assinado por: Têmis Maria Félix (Coordenador)