

PROPOSIÇÃO DE MODELO HOSPITALAR PARA ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NO AUTOCUIDADO

Andrieli Daiane Zdanski de Souza¹ 
Ana Maria Müller de Magalhães² 
Juciane Aparecida Furlan Inchauspe¹ 
Marcio Wagner Camatta¹ 
Diovane Ghignatti da Costa³ 
Gisela Maria Schebella Souto de Moura⁴ 

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

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Propor modelo de envolvimento do paciente no autocuidado no ambiente hospitalar, na perspectiva de pacientes e profissionais.

Método: Estudo qualitativo baseado na Pesquisa Convergente Assistencial. Realizaram-se oito entrevistas com pacientes idosos e com nove profissionais que prestavam assistência aos pacientes participantes, em uma unidade de internação clínico-cirúrgica, de novembro de 2021 a maio de 2022. A análise dos dados seguiu as etapas apreensão, síntese, teorização e transferência.

Resultados: Emergiram três categorias que ancoraram a elaboração do modelo hospitalar para envolvimento do paciente no autocuidado: Comunicação: o elemento fundamental para o envolvimento do paciente; Parceria entre paciente e equipe multiprofissional: o caminho para o envolvimento do paciente; e Aspectos organizacionais para o envolvimento do paciente com o seu cuidado: o olhar da equipe multiprofissional. A pesquisa possibilitou um espaço de diálogo com a equipe multiprofissional para a incorporação do modelo no processo assistencial.

Conclusão: O modelo contempla a comunicação clara e efetiva, influenciada por questões intrínsecas do paciente e pelo processo de educação em saúde, sustentado por aspectos organizacionais inerentes do serviço hospitalar.

DESCRITORES: Autocuidado. Assistência centrada no paciente. Equipe de assistência ao paciente. Modelos de assistência à saúde. Participação do paciente. Serviços de saúde.

COMO CITAR: Souza ADZ, Magalhães AMM, Inchauspe JAF, Camatta MW, Costa DG, Moura GMSS. Proposição de modelo hospitalar para envolvimento do paciente no autocuidado. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20230172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0172pt>

PROPOSITION OF A HOSPITAL MODEL FOR PATIENT INVOLVEMENT IN SELF-CARE

ABSTRACT

Objective: To propose a model for patient involvement in self-care in the hospital environment from the perspective of patients and professionals.

Method: A qualitative study based on Convergent Care Research. Eight interviews were conducted with older adult patients and with nine professionals who provided care to participating patients in a clinical-surgical hospitalization unit from November 2021 to May 2022. Data analysis followed the apprehension, synthesis, theorization and transfer steps.

Results: Three categories emerged which anchored the development of the hospital model for patient involvement in self-care: Communication: the fundamental element for patient involvement; Partnership between patient and multidisciplinary team: the path to patient involvement; and Organizational aspects for patient involvement in their care: the perspective of the multidisciplinary team. The study provided a space for dialogue with the multidisciplinary team to incorporate the model into the care process.

Conclusion: The model contemplates clear and effective communication influenced by intrinsic patient issues and the health education process, supported by organizational aspects inherent to the hospital service.

DESCRIPTORS: Self-care. Patient-centered care. Patient care team. Healthcare models. Patient participation. Health services.

PROPUESTA DE UN MODELO DE HOSPITAL PARA LA IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO

RESUMEN

Objetivo: Proponer un modelo de implicación del paciente en el autocuidado en el entorno hospitalario, desde la perspectiva de pacientes y profesionales.

Método: Estudio cualitativo basado en Investigación de atención convergente. Se realizaron ocho entrevistas a pacientes ancianos y a nueve profesionales que brindaron asistencia a los pacientes participantes, en una unidad de internación clínico-quirúrgica, en el período de noviembre de 2021 a mayo de 2022. El análisis de los datos siguió las etapas de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia.

Resultados: Emergieron tres categorías que anclaron el desarrollo del modelo hospitalario para la participación del paciente en el autocuidado: Comunicación: elemento fundamental para la participación del paciente; Asociación entre paciente y equipo multidisciplinario: el camino hacia la participación del paciente; y Aspectos organizativos para la implicación del paciente en su cuidado: la perspectiva del equipo multidisciplinario. La investigación brindó un espacio de diálogo con el equipo multidisciplinario para incorporar el modelo al proceso de atención.

Conclusión: El modelo contempla una comunicación clara y efectiva, influenciada por cuestiones intrínsecas del paciente y del proceso de educación en salud, apoyada en aspectos organizacionales inherentes al servicio hospitalario.

DESCRIPTORES: Autocuidado. Atención centrada en el paciente. Equipo de atención al paciente. Modelos de atención sanitaria. Participación del paciente. Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

O envolvimento do paciente no seu cuidado consta como um dos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para a atual década, até 2030, por ser considerada uma barreira de segurança para a redução de incidentes evitáveis¹. Consiste na capacidade do indivíduo de escolher e participar ativamente dos seus cuidados, conforme sua realidade, por meio de um processo de cooperação entre pacientes, profissionais e instituições de saúde, objetivando melhorar as experiências com o cuidado².

Consta na literatura modelos de envolvimento do paciente no seu cuidado direcionados para doenças crônicas³⁻⁴, pois essa condição predispõe o envolvimento⁵. Ademais, o autocuidado⁶, tomada de decisão compartilhada⁷, tomada de decisão assistida⁸ congregam concepções de envolvimento do paciente.

Estudos apontam que envolver o paciente no autocuidado reflete em aumento da sua satisfação e motivação, adesão ao tratamento, comunicação clara, menor tempo de recuperação, redução dos custos em hospitalização, assim como na melhoria na segurança dos cuidados em saúde⁹⁻¹⁰. Acrescenta-se que, na perspectiva de profissionais da saúde, com ele se promove o protagonismo do paciente, autonomia para a tomada de decisão, relação de confiança e empatia, interação profissional-paciente, além da conscientização sobre os riscos durante a hospitalização⁹.

Na premissa de envolver os pacientes no seu cuidado, é recomendável que tanto o profissional como o paciente entrem em um processo de sintonia. Para isso, comportamentos dos profissionais facilitadores para estabelecer o diálogo com linguagem de fácil compreensão, sem termos científicos, escuta atenta, demonstração de disponibilidade de tempo para o paciente e capacidade de persuasão, podem estimular esse processo. O paciente também tem um papel a desempenhar, por meio de questionamentos, aprendizado, consulta a informações, características que o empoderam no processo assistencial^{5,11}. Além dos profissionais e pacientes, há fatores organizacionais dos serviços de saúde a serem considerados para a promoção do envolvimento do paciente, como o apoio das lideranças, disponibilidade de recursos e fortalecimento da educação permanente^{9,12}.

No cenário nacional, a temática perfaz um dos quatro eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual destaca o envolvimento do cidadão na sua segurança, cujo desafio envolve uma mudança de cultura dos serviços de saúde, dos profissionais e dos usuários¹³.

Nesse sentido, considerando a complexidade para se avançar no envolvimento do paciente no seu cuidado, este estudo propõe um modelo inédito para o cenário hospitalar brasileiro, com base no olhar de pacientes e profissionais, imersos em uma realidade distinta de processo assistencial. Tal imersão sustenta-se no referencial metodológico de Pesquisa Convergente Assistencial.

Assim, a presente pesquisa teve como questão norteadora: Como modelar o envolvimento do paciente com o seu cuidado no serviço hospitalar? Para respondê-la definiu-se o seguinte objetivo: Propor um modelo de envolvimento do paciente no autocuidado no ambiente hospitalar, na perspectiva de pacientes e profissionais.

MÉTODO

O estudo apresenta como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), com ênfase em estudos participativos, entrelaçando a teoria com a prática assistencial. A dialogicidade e a imersibilidade do pesquisador no campo prático são inerentes a essa metodologia¹⁴.

A pesquisadora principal é enfermeira assistencial na unidade de internação, campo de estudo em que foi desenvolvido o modelo. Além disso, a mesma possui conhecimento e formação na área de experiência do paciente e qualidade e segurança no cuidado, a qual se alinha aos atributos de um estudo PCA.

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação clínico-cirúrgica que atende pacientes da saúde suplementar, de um hospital público e universitário, localizado na Região Sul do Brasil, vinculado ao Ministério da Educação. Em relação ao modelo assistencial adotado na instituição, destaca-se o cuidado centrado no paciente, com foco na qualidade e segurança, conferindo-lhe o título de acreditado pela *Joint Commission International* (JCI).

A coleta de dados foi realizada, no período de novembro de 2021 a maio de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas, com amostra intencional, resultando nos elementos para propor o modelo hospitalar de envolvimento do paciente no autocuidado. Os participantes das entrevistas foram oito pacientes idosos internados e nove profissionais que prestavam diretamente assistência aos pacientes, sendo constituídos por: dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico e um farmacêutico.

Os critérios de inclusão para os pacientes foram: ter idade igual ou superior 75 anos, tempo de hospitalização superior a 48 horas, escala *Confusion Assessment Method* (CAM) negativa, 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. O tamanho da amostra dos pacientes foi definido por meio da saturação dos dados, considerando quando as informações advindas das entrevistas começaram a se repetir¹⁵.

As entrevistas com os pacientes foram realizadas pela própria pesquisadora, no quarto privativo do paciente e em horário previamente combinado. Duraram aproximadamente 50 minutos, sete entrevistas tiveram a presença de um familiar acompanhando o paciente. Houve recusa de um paciente, pois não estava disposto a conversar sobre o assunto.

Para a seleção dos pacientes, primeiramente fez-se consulta ao censo de pacientes internados na unidade, considerando os critérios de inclusão. Na sequência, os pacientes foram convidados a participar do estudo.

Compreende-se que o envolvimento do paciente no seu cuidado ocorre de maneira singular em determinados cenários e grupos de pacientes. Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que 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 indivíduos com 80 anos ou mais¹⁶, podendo impactar nos serviços de saúde, portanto, na necessidade de se pensar em sistemas de saúde sustentáveis. Por conseguinte, se optou por trabalhar com pacientes idosos acima de 75 anos de idade.

Em relação ao número de profissionais entrevistados, foi definido entrevistar a equipe multiprofissional que prestava assistência aos pacientes elegíveis neste estudo, buscando contemplar pelo menos um profissional de cada área.

Os critérios de inclusão para selecionar os profissionais 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.

Seis entrevistas ocorreram no hospital, em sala reservada e horário combinado com a pesquisadora, e três entrevistas, pelo aplicativo *Google Meet*, conforme preferência do participante, com tempo de duração das conversas de 30 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para o processo de análise.

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 aos profissionais foi enviado ao *e-mail* institucional. A ausência de resposta a quatro tentativas de convite foi interpretada como recusa de participação, tendo ocorrido uma recusa.

As entrevistas seguiram roteiros pré-estabelecidos, para os pacientes e para os profissionais. O instrumento para conduzir as entrevistas foi construído por meio dos resultados da revisão integrativa elaborada para substanciar o estudo⁵. O instrumento foi norteado pelas seguintes

temáticas: potencialidades e desafios para o envolvimento do paciente no seu cuidado; o processo de comunicação entre pacientes e profissionais; a experiência prévia do processo saúde/doença do paciente repercute para o envolvimento; e o ambiente e estrutura da instituição influenciam no assunto investigado. Destaca-se que foram realizadas duas entrevistas piloto e após, adaptações nos roteiros.

A pesquisa foi conduzida de acordo com as fases da PCA¹⁴. Na etapa de concepção ocorreram inquietações da pesquisadora advindas da prática assistencial, em consonância a diálogos com a equipe multiprofissional e pesquisas na literatura, surgindo o problema de pesquisa. Na fase da instrumentação, buscaram-se evidências científicas que respaldaram as decisões sobre a escolha do local do estudo, dos participantes e do instrumento da coleta de dados.

Nesse processo, a pesquisadora planejou como conduzir a coleta de dados, em conjunto à equipe de enfermagem, minimizando interrupções no processo assistencial da unidade. A fase de perscrutação foi conduzida pela realização das entrevistas com os pacientes e os profissionais, possibilitando à pesquisadora envolver os profissionais no estudo, levando à convergência da assistência com a pesquisa.

Na fase da apreensão, houve a leitura das entrevistas transcritas e a organização das informações. Na etapa da síntese, foi realizada a interpretação dos dados, reunindo os elementos relevantes, emergindo três categorias. O processo de teorização resultou na proposição de um modelo hospitalar para o envolvimento do paciente no autocuidado, a partir dos elementos descobertos na síntese. A etapa de transferência possibilitou a significação das descobertas, buscando contextualizá-las com a literatura em situações similares, sem generalizar a outros contextos.

O estudo seguiu as recomendações éticas das normativas referentes à realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, iniciou-se a coleta de dados, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados serão armazenados no computador de uso pessoal e exclusivo da pesquisadora por um período de cinco anos.

As entrevistas com os profissionais foram validadas, exceto por um profissional que não retornou após o encaminhamento do material transcrito. As entrevistas com os pacientes não puderam ser validadas, pois os participantes tiveram alta hospitalar.

O anonimato dos participantes foi assegurado por meio da codificação das falas, utilizando as expressões “Pac.” (paciente) e “Prof.” (profissional), acompanhadas de números de acordo com a ordem cronológica das entrevistas. O estudo seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹⁷ (Figura 1).

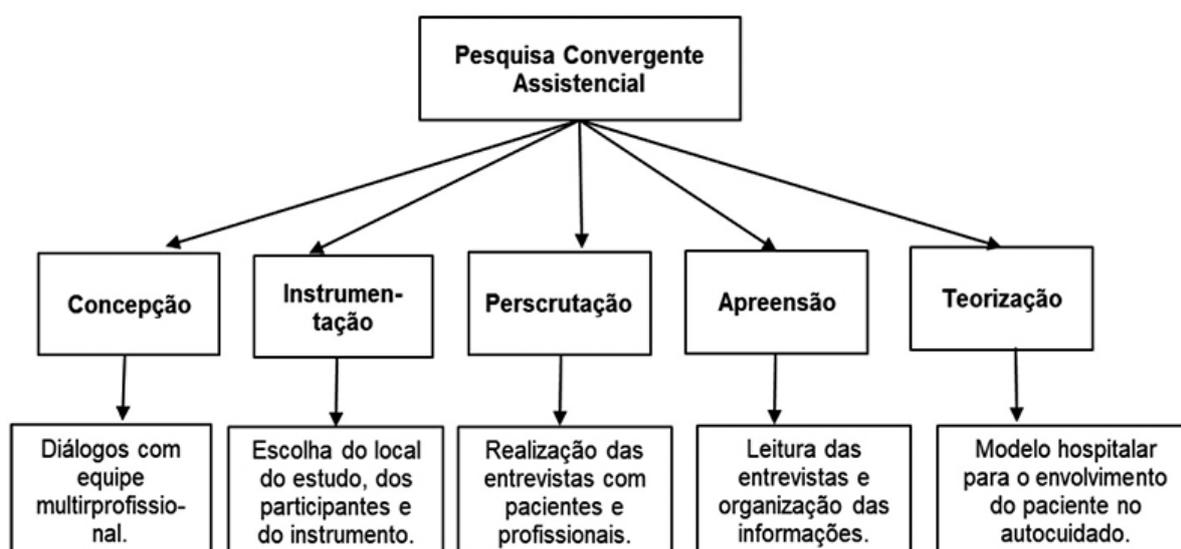


Figura 1 – Fluxograma das fases da Pesquisa Convergente Assistencial. Porto Alegre, RS, Brasil, 2022.

RESULTADOS

Os pacientes participantes possuíam idade de 76 a 90 anos. Em relação ao grau de escolaridade, três apresentavam ensino médio incompleto; dois, ensino fundamental incompleto; um, ensino fundamental completo; e dois, ensino superior. Os motivos de internação estavam associados a comorbidades cirúrgicas (75%) e clínicas (25%), e o tempo de internação variou de dois a 28 dias.

Referente à equipe multiprofissional, a idade variou de 34 a 61 anos. O tempo transcorrido desde a formação dos profissionais foi de 10 a 39 anos e o tempo de trabalho na instituição variou de quatro a 32 anos. Em relação ao grau de escolaridade, dois tinham doutorado; três, mestrado; dois tinham pós-graduação; e dois, nível técnico.

A análise e categorização dos resultados possibilitaram a identificação de temas e a posterior elaboração de três categorias: Comunicação: o elemento fundamental para o envolvimento do paciente; Parceria entre paciente e equipe multiprofissional: o caminho para o envolvimento do paciente; e Aspectos organizacionais presentes para o envolvimento do paciente com o seu cuidado: o olhar da equipe multiprofissional – cuja síntese está apresentada nos Quadros 1, 2 e 3, respectivamente.

Quadro 1 – Comunicação: o elemento fundamental para o envolvimento do paciente, Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Matriz temática	Excertos dos pacientes e profissionais
Comunicação clara e efetiva	<i>Quando a fala é fácil, que não é termo científico, eu entendo muito mais. (Pac1)</i>
	<i>Eu acho que uma comunicação clara, tipo assim, sem se impor. Eu acredito que os pacientes conseguem me entender muito melhor do que chegar se impondo. (Prof1)</i>
Características da comunicação	<i>Eu entendo que é preciso se transportar para a realidade dele, com adaptações, às vezes com figuras de linguagem. (Prof8)</i>
	<i>Eu tive uma complicação na sala de recuperação, [...] e resolveram me deixar mais um pouco nesse local, porém, já avisaram a minha família, existe uma boa comunicação entre um e outro. (Pac1)</i>
	<i>Destaco que o principal é que o paciente veja sentido no que se está falando [...]. Eu tento entrar em uma sintonia com os interesses do paciente [...] (Prof9)</i>
Contribuição da informação escrita ao diálogo	<i>Eu leio, porque ajuda. É uma coisa que você tem no corpo, então, você precisa estudar para entender, tem que ler o material fornecido. (Pac7)</i>
Comportamento acolhedor dos profissionais	<i>Os profissionais explicavam e, se a gente perguntava alguma coisa, eram delicados, respondiam. Tem uns [profissionais] assim que eu olho para ele e penso: vou perguntar. Porque a gente vê que ele está mais disposto [...] (Pac2)</i>
	<i>[...] se você está rodeado de profissionais que te atendem direito, que são carinhosos, porque, quando o profissional tem paciência, dá mais segurança na gente, fica à vontade para se envolver no cuidado e perguntar tudo. (Pac1)</i>
Falhas na comunicação	<i>Agora, se você vê que o enfermeiro não quer dar uma resposta, aí você também não tem coragem de perguntar. [...] já aconteceu do profissional falar de maneira mais agressiva, da gente chamar, de não gostar que a gente chamasse. (Pac1)</i>
Paciente como observador no seu processo de internação	<i>[...] o paciente me chama e pergunta por que, no outro turno, o remédio veio em soro e, agora, foi administrado em uma seringa. Logo, o paciente começa a se sentir inseguro, porque ele já não sabe mais qual é o correto. (Prof6)</i>

Quadro 2 – Parceria entre paciente e equipe multiprofissional: o caminho para o envolvimento do paciente, Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Matriz temática	Excertos dos pacientes e profissionais
Fatores intrínsecos do paciente e suas experiências prévias	<i>O fato de eu ser hipertenso, há anos, facilita meu envolvimento com a doença, pois fui aprendendo cada vez mais. (Pac3)</i>
	<i>Em relação ao envolvimento do paciente, também tem muito de história de vida, de personalidade [...] (Prof8)</i>
Estado de saúde do paciente	<i>Claro que o estado de saúde interfere para o meu envolvimento, pois eu estava muito ansiosa antes de vir para cá [...]. No estado que eu estava, quando os profissionais me orientavam, eu não compreendia. (Pac8)</i>
Religião e a fé	<i>Eu acho que eu rezo muito, acredito em Deus e isso me dá forças no meu processo de internação. (Pac7)</i>
Presença da família no processo de internação	<i>Com certeza, a presença de um familiar é muito importante. O meu neto, [...], me ajudou tanto aqui, sempre dá uma segurança ter uma pessoa da família e também ajuda a compreender melhor os cuidados quando tiver a alta hospitalar. (Pac8)</i>
Familiar ser profissional da área da saúde	<i>Como meu filho é médico, ele me explicou que é para cuidar para não cair, usar muletas, não vou descer degraus. Já a outra filha é enfermeira, também me orienta. (Pac5)</i>
Corresponsabilização do paciente no seu cuidado	<i>Eu cuido muito é a televisão, para mim, ela é uma faculdade, eu busco as informações. [...] só que tem que saber selecionar. (Pac7)</i>
	<i>O envolvimento do paciente [...] é o quanto ele se envolve com os problemas dele, se ele se cuida, porque o paciente também tem que tomar iniciativa. (Pac5)</i>
Escolaridade	<i>Os pacientes que têm um grau de escolaridade maior conseguem se envolver mais, conseguem entender mais. (Prof8)</i>
Educação para a saúde pela equipe multiprofissional	<i>Eu entendo que é o paciente saber o que está acontecendo, [...] o que ele pode fazer para ser parte deste cuidado. [...] logo, acredito que o envolvimento do paciente está relacionado à educação. (Prof6)</i>
	<i>É propiciar que os momentos de educação sejam também construídos junto com o paciente. (Prof8)</i>
Parceria paciente-equipe	<i>No geral, eu consigo construir a parceria com o paciente. Muitas vezes, essa parceria durante a hospitalização é bem efetiva, no entanto, não sei o quanto isso perdura depois [...] (Prof9)</i>
Promoção da saúde	<i>Eu entendo que envolver o paciente no seu cuidado é também promover saúde, é ir além do tratamento propriamente dito. É o paciente autônomo e decidindo por si no seu cuidado, que ele sai do hospital com responsabilidades. (Prof8)</i>
	<i>A gente mesmo se torna médico da pessoa, porque aprendemos a conhecer o nosso corpo. (Pac7)</i>

Quadro 3 – Aspectos organizacionais presentes para o envolvimento do paciente com o seu cuidado: o olhar da equipe multiprofissional, Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Matriz temática	Excertos dos profissionais
Cultura organizacional	<i>Eu acho que é um processo que precisa ser construído, penso que, às vezes, o que a gente acredita ser é diferente do que o paciente entende. (Prof6)</i>
	<i>Eu penso que, apesar de ser uma única instituição, existem várias instituições dentro do mesmo hospital [...]. Por que o paciente está vindo para cá? Por problemas de saúde, às vezes, por aspectos que seriam evitáveis se o paciente tivesse um maior envolvimento no seu cuidado. (Prof3)</i>
Liderança	<i>A minha liderança, dentro do possível, fala sobre o assunto, mas não existe nenhum momento específico que se fale sobre o envolvimento do paciente, não temos um grupo de trabalho. Eu penso que são tantas demandas, que o envolvimento, por ser algo novo, [...] acaba por ser secundarizado, se sobrar tempo, falamos disso. (Prof8)</i>
Dimensionamento dos profissionais	<i>O número de pacientes por profissionais é elevado, precisaríamos de mais profissionais para conseguir realizar melhor o envolvimento do paciente no autocuidado. (Prof5)</i>
	<i>O dimensionamento não é nem um pouco adequado. A história do cobertor curto, sabe? Se eu for atender todos os pacientes da unidade convênio, sem consultoria, [...] eu não consigo atender outra determinada unidade. (Prof8)</i>
Estrutura física da unidade	<i>Nessa unidade de convênios, tem quartos maiores, a gente consegue sentar, fazer as coisas com mais calma. Nas unidades do SUS, às vezes, a questão do leito já é uma barreira física, porque não tem como ficar em uma posição adequada para conversar muito tempo com o familiar ou o paciente. (Prof3)</i>
	<i>No convênio você tem uma estrutura boa, a porta fica fechada, essa é uma diferença também da unidade convênio para a unidade do SUS. Você consegue ter uma maior privacidade [...] (Prof8)</i>

As falas com enfoque na comunicação apresentam termos ou expressões que detalham componentes qualificadores, sugerindo características da comunicação que podem promover o engajamento. Nesse sentido, foi possível reconhecer a comunicação clara e efetiva, o uso de linguagem compreensível ao leigo, considerando o conhecimento prévio do paciente, em momento adequado, com incorporação de materiais educativos impressos. Ademais, a habilidade do profissional, através de uma escuta sensível, comportamento acolhedor, estabelecendo uma sintonia no diálogo com o paciente, também esteve presente nas entrevistas.

Esses achados retratam que elementos intrínsecos ao paciente estão presentes nos momentos do cuidado e influenciam no seu envolvimento e na educação em saúde, resultando na parceria entre profissionais e pacientes. Contudo, as entrevistas mostraram que esse movimento não depende apenas dos profissionais e dos pacientes, mas também de aspectos relacionados à cultura e estrutura dos serviços hospitalares, que originam a próxima categoria.

Os aspectos organizacionais citados nas entrevistas foram marcadamente mais frequentes nos depoimentos dos profissionais do que dos pacientes. Os profissionais entendiam que existe uma cultura em construção referente ao envolvimento do paciente no seu cuidado, embora reconhecendo a presença da hegemonia do modelo biomédico. Além disso, trouxeram experiências de diferentes contextos na instituição.

Os discursos dos profissionais mencionaram que o dimensionamento da equipe multiprofissional não era adequado para atender as demandas do paciente, inclusive, as decorrentes do envolvimento do paciente com o seu cuidado. Por outro lado, a estrutura hospitalar, nesta unidade, era reconhecida como adequada para o envolvimento do paciente.

A Figura 2 sintetiza as três categorias que emergiram dos resultados do estudo, representadas em um modelo prático-assistencial em que se destaca a comunicação clara e efetiva como elemento fundamental, influenciado por aspectos intrínsecos do paciente e pela educação em saúde, favorecendo a parceria entre pacientes e equipe multiprofissional, assim como a promoção da saúde, sustentada por aspectos organizacionais dos serviços de saúde.

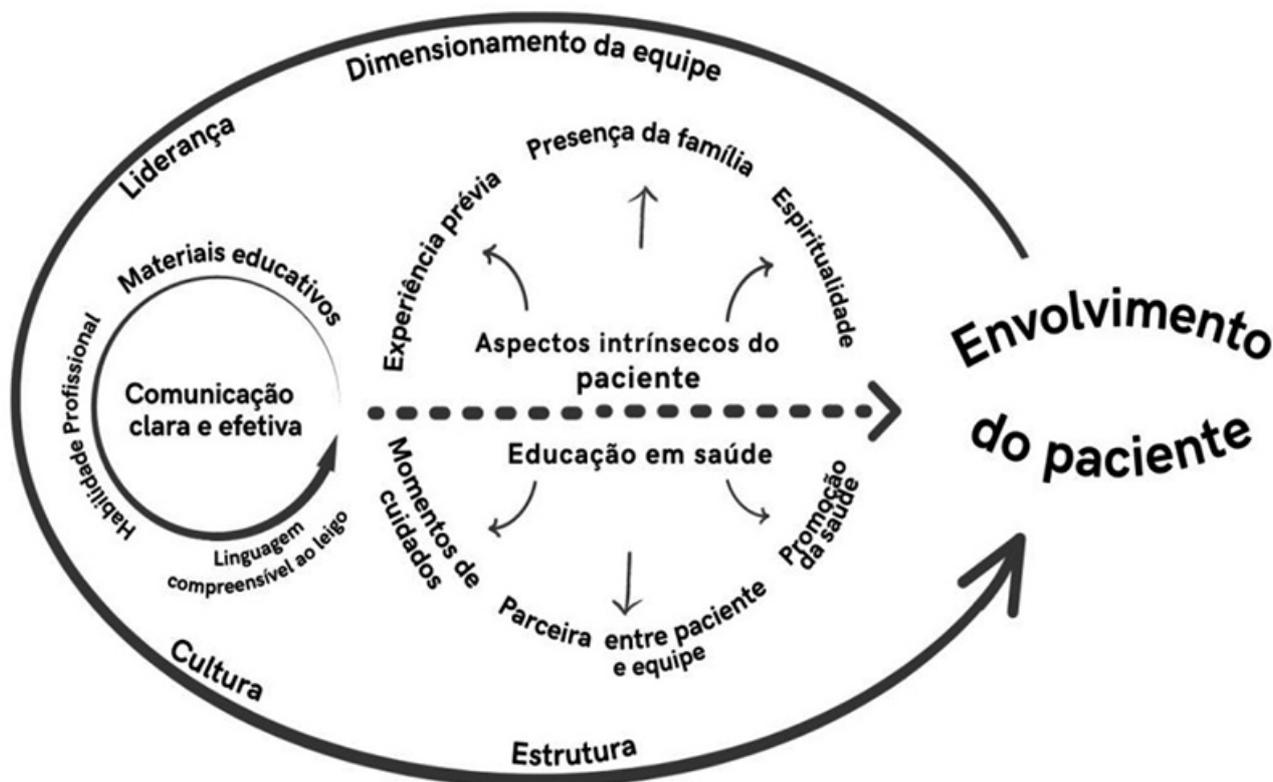


Figura 2 – Modelo hospitalar para o envolvimento do paciente no autocuidado. Porto Alegre/RS, Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

A pesquisa revelou que a comunicação, permeada por um diálogo claro e efetivo, com uma linguagem sem termos científicos, em tempo hábil, tem potencial de valorizar o conhecimento e a experiência de vida do paciente, viabilizando seu envolvimento para a tomada de decisão. Esses achados são consistentes com os resultados de outros estudos que destacam a importância dessas características na comunicação para o engajamento do paciente^{4,11,18}.

Além das características citadas, destaca-se a habilidade do profissional de realizar uma escuta atenta, sensível, com tempo e comportamento acolhedor e respeitoso, para estimular que o paciente participe do seu cuidado. Semelhante aos achados de outro estudo, essas habilidades são apontadas como fatores que favorecem o estabelecimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional¹⁹ e uma comunicação empática, antecipando as necessidades do paciente e influenciando positivamente na satisfação do mesmo²⁰.

Adicionalmente, surge que é importante o profissional estimular o paciente a explorar instrumentos impressos para complementar a informação que é fornecida, assim como buscar sanar as dúvidas do paciente. Corroborando com esses achados, uma revisão integrativa que descreveu estratégias de envolvimento dos pacientes em unidades hospitalares destacou a utilização de cartilhas e folhetos, para estímulo dos pacientes a participarem do seu próprio cuidado²¹.

Para além da comunicação, os participantes apontaram que a maior escolaridade favorece o envolvimento do paciente no autocuidado. Nesse sentido, um estudo realizado no Brasil, com pacientes portadores de diabetes, evidenciou associação entre menor escolaridade e menor capacidade de realização de medidas de autocuidado com os pés²², o que vem ao encontro dos achados desta pesquisa.

A experiência e o conhecimento do paciente sobre a sua doença, a presença da família acompanhando a internação, bem como a existência de familiares profissionais da área da saúde, assim como a religião foram aspectos citados pelos pacientes como capazes de contribuir na caminhada para o seu envolvimento. Nessa perspectiva, estudo realizado nos Estados Unidos, com pacientes hospitalizados, evidenciou que o envolvimento nos cuidados vai mudando ao longo dos anos, visto que os pacientes, à medida que envelhecem, assumem mais responsabilidades, pois tiveram mais tempo para aprender sobre os seus cuidados, assim como mais consciência do que está acontecendo²³.

A presença da família também foi citada em outros estudos, favorecendo a segurança e o bem-estar do paciente²⁴, como também estimulando-o a participar do seu cuidado²⁵. Além disso, a presença de um familiar com conhecimentos na área da saúde auxilia o paciente a compreender melhor as informações durante a hospitalização¹⁹. No que diz respeito às crenças espirituais, outra publicação mostrou que favoreceram na melhora do autocuidado em pacientes hospitalizados, na Ásia²⁶.

Destaca-se a importância de o paciente ser protagonista nesta caminhada, tendo a iniciativa de buscar informações, dialogar com a família e amigos, assim como compartilhar ideias com os profissionais que realizam a assistência, para um melhor entendimento sobre o seu processo de saúde/doença. Alinha-se a esse raciocínio a interpretação de que, por vezes, o paciente se torna um especialista, pois ele procura tudo o que pode, conhecendo melhor o seu corpo¹⁹, se apropriando mais do autocuidado.

Chama a atenção que os pacientes citaram a televisão como fonte de informações, mas ressaltaram que é preciso cautela para selecionar os canais apropriados. Estudo realizado nos Estados Unidos, mas com adultos de 45 até 74 anos, evidenciou que os participantes buscaram informações sobre a sua saúde com profissionais (49%), seguidos da internet (36%), televisão (31%), amigos e família (21%). Entretanto, ainda nesse mesmo estudo, pessoas com média e alta alfabetização foram mais propensas a buscar informações com profissionais de saúde e internet e menos predispostas a utilizar a televisão²⁷. Supõe-se que a divergência dos achados do estudo americano, para esta pesquisa realizada no Brasil, possa estar relacionada à idade dos participantes, que contemplava uma faixa etária igual ou superior a 75 anos.

Entende-se que a educação em saúde pode ser outro elemento para o envolvimento do paciente, pois, além de propiciar uma relação de parceria entre paciente e equipe multiprofissional, também empodera o paciente no seu autocuidado. Resultado de pesquisa realizada em um hospital na Ásia apontou que a educação e o treinamento foram considerados facilitadores para o processo de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca crônica²⁶.

Outro estudo, no Brasil, inferiu que a educação em saúde realizada pelos profissionais é importante para a melhoria do autocuidado do pé diabético, contribuindo para a diminuição de hospitalizações²². Para além da educação, pesquisa, na Holanda, com pacientes de condição crônica, afirma que o relacionamento entre pacientes e profissionais impulsiona o envolvimento do paciente²⁵.

Quando o processo educativo apresenta êxito na prática assistencial, contribui para o sucesso da parceria entre paciente e equipe multiprofissional. Contudo, para a sua viabilização na prática, compreende-se que isso não depende apenas dos profissionais e dos pacientes, mas também dos aspectos organizacionais do serviço hospitalar.

Os resultados do presente estudo, no que diz respeito aos aspectos organizacionais, assemelham-se à predominância da hierarquia do controle médico como barreira para a tomada de

decisão assistida⁷, à falta de tempo^{8,18}, priorização de outras atividades de trabalho¹⁸, e o envolvimento acaba não sendo priorizado. A sobrecarga de trabalho dos profissionais mencionada pelos participantes também foi encontrada em outra pesquisa, podendo estar associada ao dimensionamento inadequado, condição que prejudica a qualidade do cuidado prestado²⁸.

Além disso, se visualiza um movimento incipiente das lideranças em estimular os profissionais a envolverem os pacientes nos seus cuidados. Compreende-se que a liderança é um dos fatores que influencia na formação de uma cultura de segurança em saúde, a qual é essencial para a motivação dos membros das organizações²⁹. Nesse sentido, entende-se ser importante estimular as lideranças para que seja possível um movimento mais proativo, com vistas a influenciar a equipe a envolver os pacientes no autocuidado.

A estrutura da instituição, como um ambiente tranquilo, com quartos individuais, propiciando a privacidade, foi apontada como favorável para envolver o paciente no seu cuidado. A literatura mostra que a falta de recursos e de privacidade para conversas com pacientes e familiares interferem negativamente na tomada de decisão assistida⁷. A presença de sons, iluminação e rotinas diferentes do ambiente hospitalar são aspectos que interferem no bem-estar do paciente³⁰.

Diante destes resultados, a escolha metodológica da PCA possibilitou que este estudo contemplasse a análise e reflexão de perspectivas diferentes – de pacientes e profissionais – sobre a temática investigada e, concomitantemente, envolvendo a equipe de enfermagem no desenvolvimento do estudo. Outro ponto forte é que as entrevistas com os pacientes foram realizadas próximo à data da alta hospitalar, assim, os participantes relataram experiências recentes do processo de internação hospitalar.

Quanto às limitações do estudo, foram entrevistados pacientes com idade igual ou superior a 75 anos e que faziam parte do sistema de saúde suplementar, não sendo contemplados pacientes de outras faixas etárias, ou usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pois se entende que o envolvimento pode ocorrer de maneira singular em determinados grupos e contextos.

Também, a etapa metodológica de transferência ainda está sendo definida junto às lideranças do setor, para que o modelo de envolvimento do paciente no autocuidado seja incorporado na dinâmica de trabalho da instituição. Com os pacientes que participaram do estudo, torna-se inviável realizar esse processo, visto que muitos não residem no município em que ocorreu a pesquisa.

Registra-se, ainda, que nas entrevistas, utilizou-se a terminologia “envolvimento do paciente no seu cuidado”, percebendo-se que alguns pacientes informavam não terem entendimento sobre esse assunto. Entretanto, no decorrer do diálogo, notou-se seu vasto conhecimento no relato das experiências vivenciadas.

Apesar de a temática estar recebendo destaque nos últimos anos, a literatura é ainda incipiente no contexto brasileiro, o que se configura como uma limitação para explorar outras estratégias em diferentes cenários.

CONCLUSÃO

O presente estudo destaca que o modelo hospitalar para o envolvimento do paciente no autocuidado pode contribuir para o desenvolvimento de uma cultura organizacional com ênfase no envolvimento do paciente no seu cuidado e adaptado à realidade de cada serviço, conforme os diferentes cenários.

Como elementos adicionais ao modelo teórico já conhecido na literatura, destaca-se o familiar ser profissional da área da saúde, o uso da televisão pelos pacientes como fonte de pesquisa e a exploração conjunta pelos pacientes e profissionais do material educativo impresso, como *folders* e manuais disponibilizados pela instituição. O envolvimento do paciente no seu autocuidado, durante a hospitalização, poderá trazer repercussões para a promoção da sua saúde.

Nessa perspectiva, o envolvimento do paciente com o seu cuidado não se limita ao período de hospitalização, mas, pode trazer benefícios para a sua qualidade de vida futura. É importante que o envolvimento seja reconhecido como uma filosofia de atendimento, na qual a união de esforços de pacientes, profissionais e instituição torna-se um requisito fundamental para um novo cenário em saúde.

Como contribuições, a construção do modelo proposto com base na PCA, para além dos benefícios diretos de sua aplicação, promoveu a sensibilização dos participantes acerca da temática investigada, tanto profissionais, como pacientes. Sobretudo, observou-se que os profissionais passaram a demonstrar maior engajamento nas orientações para o autocuidado do paciente, escuta sensível e, na medida do possível, dispendo tempo necessário para estabelecer um diálogo profícuo.

Acrescenta-se, que os resultados oferecem subsídios para a inclusão do tema na formação profissional, além de dar suporte a práticas gerenciais de serviços hospitalares, no sentido de alavancar estratégias de envolvimento do paciente no processo assistencial. Nesse sentido, destacam-se aspectos intrínsecos dos pacientes e habilidades de comunicação necessárias aos profissionais que direcionam a educação em saúde, para a promoção da saúde, além de aspectos institucionais, como o modelo de cultura e liderança vigente, estrutura oferecida e dimensionamento das equipes.

Sugere-se a realização de estudos futuros para testagem do modelo proposto em outros cenários hospitalares para o avanço do envolvimento do paciente com o seu cuidado, para uma prática assistencial segura.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva, 2021 [acesso 2023 Jul 15]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
2. Higgins T, Larson E, Schnall R. Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Ago 10];100(1):30-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>
3. Graffigna G, Barelo 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* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Jun 13];12(6):e0179865. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179865>
4. 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 [acesso 2023 Mai 13];21(Esp):38-44. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/hcq.2018.25640>
5. Souza ADZ, Hoffmeister LV, Moura GMSS. Facilitadores e barreiras do envolvimento do paciente nos serviços hospitalares: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jun 16];31:e20210395. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395pt>
6. Chan EY, Samsudin SA, Lim YJ. Older patients' perception of engagement in functional self-care during hospitalization: a qualitative study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Jun 15];41(3):297-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.009>
7. 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; [acesso 2022 Mar 12];19(1):38. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3881-z>

8. 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 [acesso 2023 Mar 17];17(9):3294. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093294>
9. Teixeira CC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Afonso TC. Professionals' beliefs in patient involvement for hospital safety. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 18];75(4):e20210359. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0359>
10. Nickel WK, Weinberger SE, Guze PA, et al. Principles for Patient and Family Partnership in Care: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jan 21];169(11):796-799. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0018>
11. 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 [acesso 2023 Mar 20];35(12):3572-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06233-y>
12. 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 [acesso 2023 Mar 18];20(1):391. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria 529 de 01 de abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2022 Mar 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
14. Trentini M, Paim L, Silva DGV, Peres MAA. Convergent care research and its qualification as scientific research. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 22];74(1): e20190657. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualitativa* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Mar 20];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
16. World Health Organization (WHO). Ageing and health. 2018. [acesso 2023 Jun 10]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [acesso 2023 Mar 13];19(6):349-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
18. 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 [acesso 2023 Mar 09];35(1):96-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12823>
19. Butler JM, Gibson B, Schnock K, Bates D, Classen D. Patient perceptions of hospital experiences: implications for innovations in patient safety. *J Patient Saf* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 14];18(2):e563-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000865>
20. 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 [acesso 2023 Fev 15];43(6):568-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.22087>
21. Soares GC, Lima ECN, Correa AR, Marcatto JO, Simão DAS, Manzo BF. Strategies for involving patients and caregivers in patient safety actions: integrative review. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 14];25:e-1418. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210066>

22. Lima LJJ, Lopes MR, Botelho Filho CAL, Cecon RS. Evaluation of self-care with feet among patients with diabetes mellitus. *J Vasc Bras* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Jan 10];21:e20210011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.210011>
23. Jerofke-Owen T, Dahlman J. Patients' perspectives on engaging in their healthcare while hospitalised. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mai 17];28(1-2):340-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14639>
24. Costa DG, Moura GMSS, Moraes MG, Santos JLG, Magalhães AMM. Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mai 19];41(Esp):e20190152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>
25. Buljac-Samardzic M, Clark MA, van Exel NJA, van Wijngaarden JDH. Patients as team members: Factors affecting involvement in treatment decisions from the perspective of patients with a chronic condition. *Health Expect* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mai 11];25(1):138-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13358>
26. Kamath DY, Bhuvana KB, Dhiraj RS, Xavier D, Varghese K, Salazar LJ, et al. Patient and caregiver reported facilitators of self-care among patients with chronic heart failure: report from a formative qualitative study. *Wellcome Open Res* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 21];5:10. Available from: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15485.2>
27. Yamashita T, Bardo AR, Liu D, Cummins PA. Literacy, Numeracy, and Health Information Seeking Among Middle-Aged and Older Adults in the United States. *J Aging Health* [Internet]. 2020 Jan-Fev [acesso 2023 Jun 15];32(1):33-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898264318800918>
28. Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai D, Urbanetto JS, Moura GMSS. Cultura de segurança do paciente na percepção dos profissionais de saúde: pesquisa de métodos mistos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 23];42:e20200418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>
29. Fusari MEK, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Costa VT. Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 12];42(Esp):e20200194. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>
30. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on patient and family engagement with reduction in harm: the forgotten voice. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 20];34(1):73-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ncq.000000000000003>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Envolvimento do paciente com o seu cuidado no contexto hospitalar: A proposição de um modelo, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2022.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Souza ADZ, Moura GMSS.

Coleta de dados: Souza ADZ.

Análise e interpretação dos dados: Souza ADZ, Magalhães AMM, Moura GMSS.

Discussão dos resultados: Souza ADZ, Magalhães AMM, Moura GMSS.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Souza ADZ, Magalhães AMM, Moura GMSS, Inchauspe JAF, Camatta MW, Costa DG.

Revisão e aprovação final da versão final: Souza ADZ, Magalhães AMM, Moura GMSS.

Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações: Souza ADZ, Magalhães AMM, Moura GMSS, Inchauspe JAF, Camatta MW, Costa DG.

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 – HCPA UFRGS, parecer nº 4.929.033, CAAE: 49110921.5.0000.5327

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse.

EDITORES

Editores Associados: Leticia de Lima Trindade, Maria Lígia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 17 de julho de 2023.

Aprovado: 09 de outubro de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Andrieli Daiane Zdanski de Souza

andriele_zdanski@hotmail.com