

CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR RECEBIDA DURANTE SUA INTERNAÇÃO

KNOWLEDGE ABOUT PATIENT HOSPITAL CARE RECEIVED DURING YOUR ADMISSION

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DURANTE SU INTERNACIÓN

Danielli Rafaeli Candido Pedro ¹
Gleicy Kelly Teles da Silva ¹
Thiago Dal Molin ²
João Lucas Campos de Oliveira ³
Anair Lazzari Nicola ⁴
Nelsi Salette Tonini ⁵

¹ Enfermeira. Pós-graduanda. Universidade Estadual do Oeste do Paraná -UNIOESTE, Programa de Residência em Enfermagem, Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

² Enfermeiro. UNIOESTE, Programa de Residência em Enfermagem, Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

³ Enfermeiro. Doutorando. Universidade Estadual de Maringá-UEM. Maringá, PR – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Associada. UNIOESTE, Programa de Residência em Enfermagem, Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada. UNIOESTE, Programa de Residência em Enfermagem, Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Cascavel, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Danielli Rafaeli Candido Pedro. E-mail: danirafaeli@hotmail.com

Submetido em: 01/08/2016

Aprovado em: 03/10/2016

RESUMO

Objetivou-se identificar o conhecimento do paciente sobre a sua situação de saúde e assistência hospitalar correlata durante o período de internação. Fez-se estudo descritivo, transversal, quantitativo em duas unidades de internação de um hospital de ensino público do estado do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no período de junho a agosto sobre uma amostra probabilística (n=165) de pacientes elegíveis, utilizando-se formulário próprio, previamente avaliado e testado, para extração do conhecimento autorreferido do paciente acerca do seu problema de saúde e assistência hospitalar dispensada, bem como de fonte documental em prontuários. Quanto aos dados tabulados, procedeu-se à análise estatística descritiva em medidas de proporção. A maioria dos usuários conhecia seu diagnóstico médico (73,94%); tratamento proposto (82,42%); e sabia quais os exames procedidos (87,84%). Em contraponto, desconheciam os resultados dos exames (70,91%); a terapia medicamentosa empregada (80,14%), e a sua indicação e riscos (51,52%). O médico foi o profissional legitimado com maior proporção (40%) como fornecedor de informações durante a hospitalização. Concluiu-se que o conhecimento do paciente em regime hospitalar é, ainda, um fenômeno deficitário, uma vez que se limita apenas aos aspectos mais básicos de seu problema de saúde, corroborando a sua passividade na atenção e, possivelmente, reduzindo sua participação no cuidado.

Palavras-chave: Comunicação; Participação do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Segurança do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to identify the patient's knowledge about their health status and related hospital care during the hospital stay. There was a descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted in two inpatient units of a public teaching hospital in the state of Paraná, Brazil. Data were collected in the period from June to August on a probability sample (n = 165) of eligible patients, using a specific form, previously evaluated and tested for extraction of self-reported patient knowledge about their health problem and assistance hospital waived, as well as documentary source records. The tabulated data, it proceeded descriptive statistical analysis in proportion measures. Most users know their medical diagnosis (73.94%); proposed treatment (82.42%); and knew which proceeded tests (87.84%). In contrast, unaware of the test results (70.91%); the maid drug therapy (80.14%), and indications and risks (51.52%). The doctor was professional legitimized with the highest proportion (40%) as a provider of information during hospitalization. It was concluded that the patient's knowledge in the hospital system is still a loss-making phenomenon, since it is limited only to the most basic aspects of their health problem, corroborating its passivity in attention, and possibly reducing its stake in caution.

Keywords: Communication; Patient Participation; Patient Care Team; Patient Safety; Nursing.

Como citar este artigo:

Pedro DRC, Silva GKT, Molin TD, Oliveira JLC, Nicola AL, Tonini NS. Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. REME – Rev Min Enferm. 2016; [citado em ____]; 20:e978. Disponível em: ____ DOI: 10.5935/1415-2762.20160048

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar el conocimiento del paciente sobre su estado de salud y la atención hospitalaria durante su internación. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal realizado en dos unidades de internación de un hospital escuela del estado de Paraná, Brasil. Los datos fueron recogidos entre junio y agosto en una muestra probabilística (n = 165) de los pacientes elegibles, a partir de un formulario específico previamente evaluado y probado para comprobar el conocimiento de los pacientes sobre su problema de salud y sobre la atención hospitalaria, así como de otros documentos. Después de tabular los datos se efectuó el análisis estadístico descriptivo en medidas de proporción. La mayoría de los usuarios conocía su diagnóstico médico (73,94%); el tratamiento propuesto (82,42%); y sabía qué pruebas le harían (87,84%). Por otro lado, no conocía el resultado de las pruebas (70,91%); la medicación utilizada (80,14%), ni su indicación y riesgos (51,52%). El médico fue el profesional más reconocido (40%) como proveedor de información durante la hospitalización. Se concluyó que el paciente tiene poco conocimiento sobre el sistema hospitalario que se limita únicamente a los aspectos más básicos de su problema de salud, lo que corrobora su pasividad en la atención y, posiblemente, reduce su participación en los cuidados.

Palabras clave: Comunicación; La Participación del Paciente; Equipo de Atención al Paciente; La Seguridad del Paciente; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde incorre na produção e consumo concomitante entre profissionais e usuários/pacientes, estes últimos, por estarem, de certa forma, submetidos às decisões da equipe prestadora da assistência, devem ter seus direitos difundidos e garantidos.

Nesse sentido, a preocupação com a participação e garantia dos direitos dos pacientes é registrada desde a década de 1960 nos Estados Unidos da América, onde já se reconhecia aos usuários de saúde o direito à segurança e informação.¹

No Brasil, a preocupação com a garantia do atendimento humanizado e seguro levou o Ministério da Saúde a aprovar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.² Esse documento visa garantir o direito do usuário em receber informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis, adaptadas à sua condição cultural sobre sua situação de saúde. Ademais, a depender de cada caso, deve garantir esclarecimento ao paciente sobre: diagnósticos, exames, objetivos dos procedimentos, riscos e benefícios das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, duração prevista do tratamento e evolução provável do problema de saúde.¹

Quando o paciente possui pouco conhecimento sobre seu(s) problema(s) de saúde, pode demonstrar dificuldades em entender e aceitar o tratamento e, no caso do atendimento hospitalar, prolongando sua internação e possivelmente aumentando riscos à sua saúde.³ Por esse motivo, inclusive, faz-se mister que os profissionais de saúde exercitem a comunicação entre equipe e com os pacientes, porque isso pode facilitar o processo de trabalho e atenuar os riscos inerentes à assistência, contribuindo para o cuidado seguro.⁴

Ademais, sabe-se que melhorar a comunicação no trabalho em saúde é uma das principais metas que regem a militância pela segurança do paciente hodiernamente.³

No contexto do trabalho do enfermeiro, a comunicação é uma competência gerencial indispensável ao exercício da li-

derança militante, pela viabilização de condições favoráveis à prestação qualificada da assistência.^{5,6} Tal competência, quando aplicada aos pacientes, tem potencial para empoderá-los sobre sua situação de saúde e tratamento relacionado, contribuindo para o produto do cuidar exitoso.⁷

Com base nos pressupostos explanados, alude-se que é de extrema importância conhecer como a relação comunicativa entre equipe de saúde e paciente acontece, à luz do conhecimento do usuário. Melhorias nessa relação talvez possam contribuir sobremaneira para a gestão da segurança do paciente, viabilizada pela comunicação. Nesse aspecto, os estudos científicos ganham relevância social, já que podem significar norteammento respaldado para a tomada de decisão que conflua para intervenções debruçadas às possíveis falhas identificadas nesse processo diagnóstico.

Sobre a justificativa elucidada para investigar a problemática em pauta, este estudo norteou-se sobre o seguinte questionamento: o que o paciente (des)conhece acerca da sua situação de saúde e assistência hospitalar à mesma? Para sanar tal indagação, o objetivo consistiu em identificar o conhecimento do paciente sobre a sua situação de saúde e assistência hospitalar correlata durante o período de internação.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em duas unidades de internação em clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário público do interior do estado do Paraná, Brasil, que dispõe de capacidade operacional de 195 leitos exclusivamente destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A saber, as unidades de internação contavam com 28 leitos para atendimento clínico e cirúrgico geral e cardiologia; e 26 leitos para ortopedia e atendimento neurológico clínico e cirúrgico. Tais setores foram intencionalmente escolhidos partindo-se da premissa de que nestes existiriam mais chances de

os pacientes apresentarem condições clínicas favoráveis à participação no estudo, diferentemente dos outros setores de internação para adultos do referido hospital, como unidade de terapia intensiva e pronto-socorro, que normalmente internam pacientes gravemente enfermos.

A população-alvo do estudo constituiu-se da totalidade dos pacientes internados nas unidades investigadas. A amostra foi definida de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: pacientes com idade maior de 18 anos ou com acompanhante/familiar responsável presente na internação; internados nos campos de estudo há mais de 24 horas; com condições clínicas favoráveis à participação, tais como nível de consciência preservado e ausência de complicações que eventualmente poderiam impedir a coleta de dados, critério que foi avaliado pela própria pesquisadora, enfermeira-residente em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica.

Para definição da quantidade de pacientes participantes, foi adotada uma amostragem probabilística, com cálculo baseado na ocupação de 100% das unidades. Com margem de erro de 5%, bem como nível de confiança de 95%, pôde-se estimar que a amostra deveria ser composta de, no mínimo, 165 pacientes. Portanto, a coleta de dados aconteceu até o momento em que a amostra definida foi alcançada na totalidade, não se adotando estratificação entre os setores sobre o entendimento de que o fenômeno em estudo não deveria ser interferido pela especialidade clínica da internação dos pacientes, ou seja, o conhecimento do paciente deve ser difundido em qualquer setor de internação.^{1,2}

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e agosto de 2015, a partir da aplicação de um questionário semiestruturado, construído especialmente para fins da pesquisa, com base nos princípios estabelecidos pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.¹ O questionário foi previamente avaliado por três docentes da área de Gerenciamento em Enfermagem, dois com título de Doutor e um com título de Mestre, e também por uma enfermeira especialista responsável pelo serviço de Gestão da Qualidade do hospital de inquérito. Fez-se o teste-piloto no mês de maio de 2015 com seis pacientes para verificar a possível correção no instrumento, o que não foi necessário. Vale destacar que todos esses procedimentos não excluem a necessidade de o questionário ter, futuramente, validada a sua aplicação mediante procedimentos estatísticos cabíveis, contudo, devido ao tipo de estudo (descritivo e de caráter diagnóstico), acredita-se que se obteve o necessário para a aplicação eficaz do material em pauta.

Inicialmente, a coleta foi procedida por meio de entrevista com cada paciente elegível, pela aplicação do questionário contendo oito questões objetivas que buscavam a extração de variáveis dicotômicas (sim e não) ou tricotomizadas (não se aplica/não sabe), referentes ao conhecimento autorreferido do pacien-

te sobre sua condição de saúde e assistência hospitalar relacionada, quais sejam: diagnóstico e tratamento pretendido na hospitalização; realização de exames e obtenção de resultados; e conhecimento sobre as medicações utilizadas, quais/quantos fármacos e sua indicação e riscos. Além disso, havia uma questão aberta para notação de qual(is) profissional(is) repassava(m) informações para os pacientes, segundo sua própria indicação.

Após a coleta com o questionário, o prontuário do paciente foi acessado para buscar os seguintes dados: unidade de internação, leito, data da hospitalização, diagnóstico médico, tratamento, idade e escolaridade, bem como para verificar se as informações acerca do conhecimento referido pelo paciente eram condizentes com aquilo disposto na documentação hospitalar.

Todos os dados coletados foram tabulados, para melhor acesso e manejo, no *software Microsoft Excel* versão 2010. Posteriormente, foram analisados por meio da estatística descritiva, em medidas de proporção, com o uso do mesmo aparato tecnológico. As informações obtidas no prontuário do paciente foram utilizadas para traçar o perfil da amostra. Já os dados extraídos pelos questionários foram usados para analisar o conhecimento dos participantes sobre os eventos relacionados à sua situação de saúde e assistência despendida no período de internação.

A realização deste estudo cumpriu com todas as exigências éticas que regem as pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e recebeu parecer favorável nº 1.049.793/2015 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

RESULTADOS

Conforme estabelecido pelo cálculo amostral, o estudo contou com a participação de 165 pacientes (100%). A maioria da amostra (61,82%) estava internada na unidade de Clínica Médica e Cirúrgica Geral e Cardiologia. Os diagnósticos médicos prevalentes foram de colecistite (33,33% - n=34) e hérnias (22,55% - n=23), ou seja, um perfil predominantemente cirúrgico. A Tabela 1 sumariza os resultados acerca do perfil dos participantes, segundo variáveis de escolaridade, idade e sexo.

O questionário aplicado iniciava indagando se o paciente tinha conhecimento sobre a situação de saúde que o levou à internação hospitalar e o tratamento correlato. Sobre isso, 122 (73,94%) afirmaram que sim e os demais 43 (26,06%) negaram esse conhecimento. Ainda, 136 (82,42%) referiram conhecer o tratamento proposto ao seu problema de saúde, em contraponto aos 29 (17,58%) participantes que desconheciam seu tratamento.

Por sua vez, a Tabela 2 ilustra os resultados obtidos na questão que investigou o conhecimento do paciente em relação aos exames, tanto laboratoriais como de imagem, e repasse de seus resultados.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos pacientes (n=165). Cascavel, PR, Brasil, 2015

| Variável | Categoria | n | % |
|--------------|------------------------|-----|-------|
| Escolaridade | Fundamental completo | 75 | 45 |
| | Fundamental incompleto | 20 | 12,12 |
| | Médio completo | 39 | 23,64 |
| | Médio incompleto | 22 | 13,33 |
| | Superior incompleto | 3 | 1,82 |
| | Não alfabetizados | 6 | 3,64 |
| Idade | 12 a 18 anos | 2 | 1,21 |
| | 19 a 59 anos | 105 | 63,64 |
| | 60 anos ou mais | 58 | 35,15 |
| Sexo | Masculino | 86 | 52,12 |
| | Feminino | 79 | 47,88 |

Do total da amostra (n=165), 146 (88,48%) pacientes afirmaram estar em uso de algum medicamento durante a hospitalização e apenas 19 (11,52) negaram essa questão.

Destes últimos, quatro pacientes (21,05%) estavam em uso de alguma medicação, em conferência com a prescrição médica do prontuário, aumentando a parcela que desconhecia a intervenção farmacológica.

A Tabela 3 demonstra os resultados dos pacientes que afirmaram o uso de medicamentos (n=146) em relação a qual/quantos fármacos usavam e a indicação terapêutica dos mesmos e seus riscos.

Em outra questão, os participantes foram indagados se haviam recebido informações sobre sua doença/situação de

saúde, tratamentos, exames ou outras intervenções durante o período de internação pela equipe multiprofissional de saúde. Nesse aspecto, 140 (84,85%) afirmaram que sim, a equipe repassou informações a respeito, ao contrário dos demais 25 (15,15%) que negaram a assertiva.

Com base no total (n=140) que afirmou a questão antes referida, os pacientes foram indagados sobre quais os profissionais de saúde que forneceram essas informações. Dessa forma, a Tabela 4 disponibiliza a frequência de cada categoria ou grupo de profissionais citados pelos participantes.

Tabela 4 - Categoria profissional responsável pelo repasse de informações aos pacientes internados (n=165). Cascavel, PR, Brasil, 2015

| | n | % |
|---|----|-------|
| Médico | 66 | 40,00 |
| Médico, enfermeiro e téc. de enf. | 45 | 27,27 |
| Médico, enfermeiro, téc. de enf. e fisioterapeuta | 4 | 2,42 |
| Médico e enfermeiro | 10 | 6,06 |
| Médico e téc. de enf. | 5 | 3,03 |
| Enfermeiro | 4 | 2,42 |
| Enfermeiro e téc. de enf. | 2 | 1,21 |
| Enfermeiro, téc de enf. e fisioterapeuta | 1 | 0,61 |
| Enfermeiro e fisioterapeuta | 1 | 0,61 |
| Téc. de enf. | 2 | 1,21 |
| Não se aplica* | 25 | 15,15 |

*Pacientes que relataram não terem recebido informações de qualquer profissional da equipe de saúde.

Tabela 2 - Conhecimento dos pacientes (n=165) sobre realização de exames e obtenção de resultados. Cascavel, PR, 2015

| Questão | Sim e sabe o exame | | Sim e não sabe o exame | | Não | | | |
|--|--------------------|-------|------------------------|-------|----------|-------|---------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Você já fez algum exame? Se sim, qual? | 145 | 87,88 | 12 | 7,27 | 8 | 4,85 | | |
| Questão | Sim | | Não | | Não sabe | | Não se aplica | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| O resultado de exames foi repassado para você? | 40 | 24,24 | 97 | 58,79 | 20 | 12,12 | 8 | 4,85 |

Tabela 3 - Conhecimento dos pacientes (n=146) sobre as medicações utilizadas no período de internação. Cascavel, PR, Brasil, 2015

| Questão | Parcial | | Completo | | Não sabiam | |
|--|---------|-------|----------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Pacientes que responderam sim e sabiam quantos e quais medicamentos estavam utilizando | 22 | 15,07 | 7 | 4,79 | 117 | 80,14 |
| Questão | Sim | | Não | | Não se aplica | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Você sabe qual a indicação e riscos do(s) medicamento(s) prescrito(s)? | 61 | 36,97 | 85 | 51,52 | 19 | 11,52 |
| Questão | Parcial | | Completo | | Não sabiam | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Responderam que sim e sabiam informar corretamente a indicação e riscos dos medicamentos | 43 | 70,49 | 9 | 14,75 | 9 | 14,75 |

DISCUSSÃO

Do total (n=165) de pacientes entrevistados, a maioria (45%) possuía escolaridade até o ensino fundamental completo e apenas 3,64% dos sujeitos não tinham alfabetização. Esse dado é relevante quando se trata do ambiente hospitalar, cenário estudado, pois a dificuldade de compreensão, possivelmente atrelada à baixa escolaridade, pode favorecer a apreensão equivocada e/ou incompleta de informações importantes acerca do quadro clínico e continuidade do tratamento no pós-alta.⁸ Apesar disso, a amostra estudada pode ser caracterizada como possuidora de alta escolaridade, o que leva à menção de que o desconhecimento do paciente, ilustrado por diversos aspectos analisados, pode estar relacionado ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, e não pela dificuldade cognitiva de compreensão dos seus clientes assistidos.

Reforça a interpretação aludida o fato de que, independentemente do nível de escolaridade, uma vez que o profissional de saúde fornece explicações aos pacientes de maneira compreensível, adaptada à sua realidade social, a informação é transmitida de forma adequada e a interação entre o paciente/familiar com a equipe do hospital é efetiva.¹

Conforme se vê na Tabela 1, a maior parcela dos pacientes entrevistados foi classificada na faixa etária dos adultos entre 19 e 59. Esse dado, apesar de isolado, também reflete que o perfil da clientela, diferentemente de idosos longevos, poderia estar totalmente apto a receber informações sem muitas dificuldades - estas, como já consolidado, muitas vezes atreladas ao processo comum de senilidade. Mesmo assim, por igual direito, cumpre reafirmar que qualquer paciente, independentemente de sua faixa etária, deve se empoderar de conhecimento sobre sua situação de saúde ou tal informação ser fornecida a seu familiar e/ou responsável.^{1,2}

O estudo teve a participação de mais da metade dos pacientes do sexo masculino. Isso pode ser explicado pelo distanciamento do homem em relação aos cuidados com a sua saúde, além de que, com o passar dos anos, os programas públicos que foram criados sempre foram mais voltados para a saúde materno-infantil, deixando as políticas públicas para a saúde dessa clientela em segundo plano até recentemente.⁹

Sobre o conhecimento acerca do problema de saúde, a maioria dos pacientes respondeu que sabia. Por sua vez, os 26,06% que responderam que não sabiam o motivo da internação possivelmente poderiam ter mais dificuldades para participar das decisões sobre o seu tratamento ou até mesmo para verificar se as intervenções propostas pela equipe de saúde coadunam com as suas reais necessidades.²

Em contraponto ao dado antes debatido, a minoria da amostra (17,58%) não sabia a que tratamento seria submetida. Destarte, isso reflete que a falta de comunicação eficaz por parte da equipe pode reduzir o conhecimento que o paciente tem

acerca de sua situação de saúde, dificultando-o a ser um elemento ativo em relação aos seus cuidados, ou seja, o tratamento proposto para a situação vivenciada.²

Partindo da premissa de que o paciente deve participar do seu cuidado, é lícito e necessário que ele receba todas as informações pertinentes ao seu estado de saúde para que tenha embasamento na tomada de decisões.³ Nesse aspecto, é imperativo que o processo de comunicação entre equipe e paciente seja atento, ativo e competente. Isso porque, se o paciente participa dos planos de tratamento, ele é corresponsabilizado pela sua adesão.¹⁰

Um ponto positivo no diálogo entre pacientes e equipe foi o conhecimento dos primeiros acerca dos exames realizados na internação hospitalar, visto que a maior parcela da amostra (Tabela 2) soube responder o nome dos exames realizados. Isso é importante porque essa informação só pode ser adquirida por meio da comunicação do profissional de saúde, uma vez que, sabidamente, este é o detentor do saber técnico que entorna os procedimentos diagnóstico-terapêuticos, a exemplo dos exames de imagem e laboratoriais.

Sobre a obtenção de resultados para os exames realizados, poucos sujeitos da pesquisa (Tabela 2) responderam que sabiam o resultado dos mesmos. Esse é um dado que se contrapõe ao resultado antes descrito, ou seja, ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde parecem informar sobre a realização de exames à clientela, estes não repassam os resultados acerta de tais intervenções. Portanto, limitam o processo comunicativo apenas à realização de tarefas, contribuindo para a fragmentação do cuidado e a participação pouco ativa do paciente sobre as decisões clínicas demandadas.

Os pacientes devem ser informados sobre todos os resultados de exames, até mesmo os que não tenham alguma alteração.^{1,2} Tem-se isso porque, a partir do momento em que o paciente tem a certeza de que conhecerá todos os resultados de exames realizados, ele pode servir como uma barreira de confiabilidade para achados não informados /registrados, tornando-se um agente participativo no seu cuidado e tratamento e, assim, contribuindo para a segurança no atendimento.¹¹

Quando os pacientes têm expectativas pouco realistas sobre os benefícios e os riscos de certas intervenções, como, por exemplo, os exames de imagem que muitas vezes são uma novidade para os pacientes e podem influenciar suas decisões, isso contribui para aumentar a utilização das intervenções de forma inadequada e os custos do cuidado de saúde.¹² Portanto, alvitra-se que o conhecimento sobre os exames e seus resultados perfaz uma interface dúbia: de interesse ao paciente, no bojo da sua segurança e direito; e à organização, no contexto do alcance de metas empresariais comuns ao mundo globalizado hodierno das instituições prestadoras de serviços de saúde.

Em relação ao uso de medicamentos, conforme esperado devido à pesquisa ter sido realizada no ambiente hospitalar,

expressiva parcela (88,48%) da amostra afirmou utilizar alguma medicação. Nesse aspecto, houve achados comprometedores em relação à comunicação sobre a indicação e riscos das drogas prescritas e à completude sobre quantos e quais medicamentos estavam sendo administrados na internação hospitalar (Tabela 3).

Possivelmente, é no momento da administração de medicamentos que os profissionais de enfermagem estão mais propensos ao erro, pois se sabe, à prática clínica, que esse é um procedimento complexo que passa por muitas etapas até chegar ao paciente. Destarte, o momento da administração do medicamento é a última oportunidade para detecção de erros que tenham passado despercebidos na dispensação ou no preparo da medicação. Logo, quando os pacientes estão conscientes sobre sua terapia medicamentosa, estes podem ser uma barreira importantíssima para deter um possível erro.¹³

Em pesquisa¹⁴ consta que cerca de 90% dos profissionais de enfermagem não receberam treinamento sobre o preparo e administração de medicamentos; e que houve a necessidade de viabilização de medidas para reduzir os riscos à segurança dos pacientes, por meio de, inclusive, desenvolvimento de cursos de capacitação da equipe de saúde quanto à administração de medicamentos.¹⁴ Apesar da relevância imperativa da experiência na investigação citada, alvitra-se que a capacitação ao capital humano acerca dos medicamentos usados no hospital possivelmente não garantem o seu uso racional e seguro, uma vez que o conhecimento do paciente é um fator que merece mais atenção das lideranças, conforme se nota claramente nos resultados do presente estudo.

Os erros de medicação são um dos eventos adversos que mais ocorrem nas instituições hospitalares, porém, tomando algumas medidas tais como estratégias para a adesão dos profissionais a políticas e procedimentos que visem à segurança dos pacientes; participação do paciente no seu cuidado; uso de tecnologias e ambientes que minimizem a possibilidade de erro; acesso à informação; educação para a segurança; suporte administrativo que assegure adequado contingente de profissionais para atendimento dos pacientes, pode-se minimizar a ocorrência dos erros com medicações.²

O paciente, família ou responsável legal deve estar ciente dos riscos e benefícios da terapia medicamentosa administrada, podendo ser colaboradores na prevenção dos erros.¹⁴ Em contraponto a essa alusão pertinente, pôde-se identificar que poucos pacientes (Tabela 3) sabiam a indicação da intervenção farmacológica em exercício na internação, portanto, muito possivelmente não tinham conhecimento sobre seus reais riscos e benefícios esperados. Destarte, isso é certamente preocupante, pois não conhecendo o potencial de risco da terapia medicamentosa, talvez o paciente possa ter dificuldade de identificar algum evento adverso relacionado à mesma, contri-

buindo para sua insegurança no cuidado e possível temor sobre o prognóstico da situação de saúde.

Para favorecer a superação da realidade constatada, considera-se a necessidade de promoção da cultura de segurança do paciente, incluindo o fomento da cultura não punitiva aos erros, uma vez que essa prática deve ser continuamente exercitada e estimulada pelos profissionais, a fim de que se consolide a cultura organizacional vigente, que deve ser em prol da comunicação ativa com vistas à segurança.¹⁵

Em relação ao repasse de informações por profissionais, a amostra de pacientes legitimou que a classe trabalhadora, de forma isolada, responsável pela transmissão do conhecimento é a médica (Tabela 4). Isso coaduna com o que reza o Código de Ética Médica¹⁶, que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Apesar da alusão antes descrita, cumpre refletir sobre o construto geral de resultados desta pesquisa, uma vez que 26,06% (n=43) da amostra referiram não conhecer seu diagnóstico e 17,58% (n=29) não eram conhecedores do tratamento proposto na sua hospitalização. Ou seja, apesar da pouca expressividade desses dados, há de se concordar que os pacientes sinalizam que algumas questões básicas inerentes ao trabalho educativo do médico podem ter sido negligenciadas.

Vale destacar, ainda, que responsabilizar exclusivamente o médico pela transmissão de conhecimentos ao paciente hospitalizado é leviano e contraproducente. Destarte, a habilidade comunicativa é primordial para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro perante a equipe multiprofissional e representa uma forma de sustentação na relação de assistência para os pacientes e seus familiares/acompanhantes.⁴⁵ Por conseguinte, o processo de comunicação é intrínseco às ações de enfermagem, cabendo ao enfermeiro compreender o significado das mensagens que os pacientes emitem e transmitir informações claras e completas para a boa compreensão do indivíduo.¹⁷

O enfermeiro foi pouquíssimo citado como principal informante ou transmissor de conhecimento ao paciente internado (Tabela 4). Isso é preocupante, uma vez sabendo que a comunicação é competência fundamental para o sucesso do enfermeiro como líder, permitindo que ele se aproxime tanto dos pacientes como também de sua equipe e demais profissionais, com o intuito de compreender as atividades executadas, compartilhar ideias e visões, bem como criar interdependências para o desenvolvimento do trabalho por meio de equipes multiprofissionais harmônicas.

Sabidamente, a equipe de enfermagem é a que permanece mais tempo com o paciente hospitalizado, tendo como objeto de trabalho o cuidado. Esses profissionais devem procurar es-

tabelecer vínculo com seus pacientes, de modo a construir relações e conhecer o outro, contribuindo para o cuidado ético, legítimo e humanizado.¹⁸

Com base na literatura consultada e nos resultados descritos, preconiza-se que a atuação do enfermeiro sobre o empoderamento de pacientes sob seus cuidados, a partir do conhecimento, pode ser um fator que contribua para a reafirmação desse profissional como gerente do cuidado. Isso porque, por meio dessa prática, o enfermeiro poderá atrelar a ação gerente ao cuidado propriamente dito. Portanto, acredita-se que é necessário que o enfermeiro (re)planeje sua atividade gerencial, incluindo a participação do paciente no cuidado como premissa fundamental à assistência qualificada e segura.

CONCLUSÕES

Com este estudo, foi possível identificar o (des)conhecimento do paciente hospitalizado sobre a sua situação de saúde e assistência correlata. Nesse aspecto, sobressaíram os seguintes achados: a expressiva parcela conhece seu diagnóstico e tratamento proposto; sabe os exames diagnósticos intervenientes, ao contrário de seus resultados; afirma utilizar medicações, mas tem pouco conhecimento sobre sua indicação terapêutica; e legitima o médico como principal profissional responsável pela transmissão de conhecimentos que envolvem a assistência hospitalar.

Com base nos resultados, concluiu-se que o conhecimento do paciente durante o período de internação é um fenômeno multifacetado e deficitário e que, aparentemente, restringe-se ao domínio das questões mais básicas do problema de saúde, como o diagnóstico, reforçando a passividade que o usuário ainda possui em detrimento ao profissional de saúde.

É certo que existem limitações expressas a esta pesquisa, como a ausência de estatística inferencial e a impossibilidade de generalizações, o que reforça a necessidade de novos estudos com diferentes abordagens metodológicas, a exemplo das investigações qualitativas que visem desvelar os tabus que ainda permeiam o processo de comunicação nos serviços hospitalares.

Apesar do exposto, acredita-se que o estudo contribui sobremaneira para a gestão da segurança do paciente, por reafirmar que a comunicação entre equipe e usuários é fator que merece mais atenção das lideranças e ter apresentado aspectos que devem ser monitorados com mais rigor por gestores do cuidado, a fim de que o usuário tenha garantido o conhecimento sobre sua própria situação de saúde e assistência a ele dispensada, convergindo com o cuidado ético e seguro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

2. Clinco SDO. Participação do usuário no seu cuidado: realidade ou ficção? [tese]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2013. [citado em 2016 jun. 26]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10675/Tese%20Sandra%20Clinco%20verso%20definitiva%20abril2013.pdf?sequence=1>.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev Enferm UFSM*. 2016[citado em 2016 jun. 26];6(1):50-60. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260>.
5. Moura GMSS, Inchauspe JAF, Dall'Agnoli CM, Magalhães AMM, Hoffmeister LV. Expectations of the nursing staff in relationship to leadership. *Acta Paul Enferm*. 2013[citado em 2016 jun. 26];26(2):198-204. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/en_v26n2a15.pdf.
6. Santos MCS, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010[citado em 2016 jun. 26]; 31(2):359-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200022&lng=en&nrm=iso.
7. Nadzam DM. Nurses' role in communication and patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2016[citado em 2016 jul. 26];24(3):184-8. Disponível em: 2009;http://medproliffline.com/docs/David/Nurses_Role_in_Communication_and_Patient_Safety3.pdf.
8. Pinheiro GF, Silqueira SMF, Correa AR, Donoso MTV, Loureiro FI. Knowledge of coronary heart disease patients regarding coronary artery disease: implications for secondary prevention. *J Nursing UFPE*. 2014[citado em 2016 jul. 18];8(12). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5334>.
9. Costa SDC. Saúde do homem: atuação do enfermeiro. Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo; 2014. [citado em 2016 jun. 26]. Disponível em: http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Silvana.pdf.
10. Caponero R. A comunicação médico-paciente no tratamento oncológico. Belo Horizonte: Clinonco e MG Editores; 2015. [citado em 2016 jun. 26]. Disponível em: <http://www.gruposummus.com.br/indice/50113.pdf>.
11. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Rio de Janeiro: AMGH; 2013. [citado em 2016 jun. 26]. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9PcuQa-K0OQJ:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6383/10159+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
12. Hoffmann CT, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2015[citado em 2016 jun. 26];175(2):274-86. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2038981#introduction>.
13. Silva LD, Camerini FG. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Texto Contexto Enferm*. 2012[citado em 2016 jun. 26];3(21):633-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000300019&lng=en&nrm=iso.
14. Baptista SCF. Análise de erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em pacientes pediátricos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ; 2014. [citado em 2016 jun. 26]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?!?script=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719637&indexSearch=ID>.
15. Souza VS. Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare Enferm*. 2015[citado em 2016 jun. 26]; 20(3):474-81. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/40687/26259>.

16. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução nº 1931/2009. Brasília: CFM; 2009. [citado em 2016 jun. 26]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>.
 17. Zem KKS, Cardoso FS, Montezeli JH. O agir comunicativo do enfermeiro na assistência ao paciente criticamente enfermo. Rev Enferm UFSM. 2013[citado em 2016 jun. 26];3(3):547-54. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7419/pdf>.
 18. Zani AV, Marcon SS, Tonete VLP, Parada CMG. Processo comunicativo no pronto socorro entre a enfermagem e pacientes: representações sociais. OBJN. 2014[citado em 2016 jun. 26];13(2):139-49. Disponível em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/.../pdf_115.
-