

Educação em saúde e doença cardíaca: como profissionais “orientam” seus usuários durante a hospitalização?

Health Education and Heart Disease: how do health professionals ‘guide’ their service users during hospitalization?

Educación en salud y enfermedad cardíaca: ¿cómo los profesionales de la salud "orientan" a sus usuarios durante la hospitalización?

Lucas Cunha Rodrigues

Mestrando em Psicologia – PPGP/UFGA; Especialista em Psicologia Hospitalar; Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (Psicólogo Hospitalar), Belém, PA, Brasil;
E-mail: rodrigues.lucas.psi@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3304-6158

Ana Maria Campos da Rocha

Mestranda em Psicologia – PPGP/UFGA; Especialista em Psicologia Hospitalar; Escola Superior Madre Celeste (Docente), Ananindeua, PA, Brasil;
E-mail: anamaria.camposdarocha@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7070-815X

Simone dos Santos Abraão Pampolha

Mestre em Psicologia; Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (Psicóloga Hospitalar), Belém, PA, Brasil;
E-mail: simonepampolha@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4682-4334

Contribuição dos autores: LCR contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. AMCR contribuiu para a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. SSAP atuou como supervisora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 23/11/2024

Aprovado em: 10/06/2026

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: Objetivos: conhecer a perspectiva de profissionais da saúde sobre a forma cuidativo-educativa “orientação em saúde”, realizada no âmbito da interação profissional-usuário durante a hospitalização por síndrome coronariana aguda. **Método:** aplicação de formulário virtual estruturado a profissionais incluídos em equipes multiprofissionais de saúde de um hospital de referência em cardiologia. As respostas foram analisadas através do método hermenêutico-dialético, apoiado na literatura relacionada aos temas emergentes nos resultados. **Resultados:** 16 profissionais responderam ao questionário. As respostas apontaram que as orientações sobre autocuidado são pautadas, na maioria das vezes, por uma perspectiva fragmentada da saúde, conforme o paradigma do modelo biomédico. A multidisciplinaridade foi enfatizada por meio de frases e expressões generalistas, já disseminadas no senso comum. As respostas de profissionais de psicologia foram as que mais sinalizaram uma perspectiva de cuidado centrado no usuário. **Conclusões:** as formas de realizar tais orientações preservam uma lacuna no lugar da integralidade, que poderia ser contornada mediante novas estratégias práticas, para reorientação da assistência hospitalar. A “orientação”, no contexto da pesquisa, também é compreendida como saber prático, que agrega uma faceta singular em constante construção e por isso, pode ser reconstruído e transformado a partir de uma ética do cuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Cuidado Centrado no Paciente; Síndrome Coronariana Aguda; Promoção da Saúde; Humanização dos Serviços.

Abstract: Objectives: To explore the perspectives of healthcare professionals regarding the "health orientation" as a care-educational practice, carried out within the scope of professional-user interaction during hospitalization for Acute Coronary Syndrome (ACS). **Methods:** A structured virtual questionnaire was applied to professionals from multi-professional health teams at a cardiology reference hospital. Data were analyzed using the hermeneutic-dialectic method, supported by literature related to the themes emerging from the results. **Results:** Sixteen professionals responded to the survey. The findings indicate that self-care orientations are predominantly based on a fragmented perspective of health, aligned with the biomedical model paradigm. Multidisciplinary was emphasized through generalist

phrases and expressions already ingrained in common sense. Responses from psychology professionals most clearly signaled a perspective of user-centered care. **Conclusions:** The methods of conducting these orientations maintain a gap in the achievement of comprehensiveness, which could be overcome through new practical strategies to reorient hospital care. Within the context of this research, "orientation" is also understood as practical knowledge that incorporates a unique, ever-evolving facet; thus, it can be reconstructed and transformed through an ethics of care.

Keywords: Health Education; Patient-Centered Care; Acute Coronary Syndrome; Health Promotion; Humanization of Assistance.

Resumen: Objetivos: explorar las perspectivas de los profesionales de la salud con respecto a la "orientación en salud" como una práctica educativo-asistencial, realizada en el ámbito de la interacción profesional-usuario durante la hospitalización por síndrome coronario agudo (SCA). **Métodos:** se aplicó un cuestionario virtual estructurado a profesionales de equipos multiprofesionales de salud en un hospital de referencia en cardiología. Los datos se analizaron mediante el método hermenéutico-dialéctico, respaldado por la literatura relacionada con los temas emergentes de los resultados. **Resultados:** dieciséis profesionales respondieron a la encuesta. Los hallazgos indican que las orientaciones sobre el autocuidado se basan predominantemente en una perspectiva fragmentada de la salud, alineada con el paradigma del modelo biomédico. La multidisciplinariedad se enfatizó mediante frases y expresiones generalistas ya arraigadas en el sentido común. Las respuestas de los profesionales de la psicología fueron las que señalaron con mayor claridad una perspectiva de cuidado centrado en el usuario. **Conclusiones:** los métodos para llevar a cabo estas orientaciones mantienen una brecha en el logro de la integralidad, la cual podría superarse mediante nuevas estrategias prácticas para reorientar la atención hospitalaria. En el contexto de esta investigación, la "orientación" también se entiende como un conocimiento práctico que incorpora una faceta única y en constante evolución; por lo tanto, puede ser reconstruida y transformada a través de una ética del cuidado.

Palabras clave: Educación en Salud; Atención Centrada en el Paciente; Síndrome Coronario Agudo; Promoción de la Salud; Humanización de la Atención.



INTRODUÇÃO

A educação em saúde pode ser compreendida como um processo que envolve a construção de um conhecimento em saúde, tendo como finalidade a apropriação ativa de saberes pela população. Orientada pelo paradigma da promoção da saúde, seu principal foco é “aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde conforme suas necessidades”^{1:19-20}. Para tanto, estrutura-se pela participação de três atores prioritários: gestor, usuário e profissional de saúde. Em relação a este último, seu papel engloba a responsabilidade de valorizar, para além das práticas curativas, as ações de prevenção e promoção da saúde².

A promoção da saúde é o paradigma que dimensiona as ações educativas na área. Corresponde à perspectiva de empoderamento da população em relação à sua condição de saúde, associada ao fortalecimento de conhecimentos e habilidades sob um viés crítico, articulado a um processo político e social de transformação das condições sociais, ambientais e econômicas, no qual o indivíduo e a população são protagonistas³.

Conforme Carvalho³, ainda é escassa na literatura a descrição de iniciativas de promoção da saúde que, no contexto hospitalar, partam especificamente dos profissionais de saúde. Simultaneamente, a autora também argumenta que o ambiente hospitalar tem sido reconhecido na literatura como propício para o exercício da clínica ampliada, que busca reorientar o modelo biomédico tradicional de atenção à saúde e atua em concordância com a promoção da saúde. Na mesma linha, Arruda e Silva⁴ destacam que a educação em saúde no hospital é uma fonte de promoção da saúde, na medida em que os indivíduos hospitalizados geralmente estão especialmente sensibilizados sobre seu adoecimento e têm desejo ativo de melhorar o cuidado de si.

Este tema passou a ser interesse dos autores deste trabalho no contexto de uma pesquisa maior sobre comunicação e educação em saúde no ambiente

hospitalar, da qual este manuscrito é apenas uma parte. Seu recorte focalizou a síndrome coronariana aguda (SCA) como um fenômeno de interesse, pela sua relevância no panorama nacional de saúde atual. Esta doença é uma das principais causas de morbimortalidade em homens e mulheres. Considerada uma emergência em cardiologia, engloba um conjunto de sinais e sintomas originados pela isquemia do músculo cardíaco, indicativos de um potencial entupimento das artérias coronárias. Caracteriza-se principalmente por uma dor torácica intensa, geralmente acompanhada de sudorese, dor abdominal e/ou lipotimia. Além disso, inclui três diagnósticos possíveis: angina instável, infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST e IAM sem supradesnivelamento do segmento ST^{5,6}.

A literatura indica que a forma como o paciente experiencia a hospitalização por SCA, geralmente no contexto de atendimento de emergência, pode estar relacionada à maneira como este percebe e se comporta em relação à doença cardíaca após recuperação⁷⁻¹⁰. Além disso, a própria experiência de adoecimento cardiológico por SCA acarreta potenciais prejuízos sobre aspectos da qualidade de vida, como saúde mental e autonomia^{7,10}. Essa circunstância evidencia ainda mais a importância e a necessidade da educação em saúde no contexto da hospitalização por doença cardíaca.

Neste trabalho, defende-se que a educação em saúde no hospital deve ser entendida como indissociável do cuidado, que precisa funcionar “numa perspectiva de ação-reflexão-ação dialógica e conscientizadora”^{11:816}. Nesse sentido, toda prática assistencial ao usuário no hospital deve ser vista como uma produção cuidadoso-educativa. O caráter produtivo implica entender que há sempre uma processualidade nos atos de saúde, os quais estão em constante transformação. Assim, a dimensão singular de qualquer ação gera um potencial de inventividade naquilo que é permeado por previsibilidade¹².

Essa compreensão permitiu que os pesquisadores voltassem sua atenção à ideia de “orientação”, compartilhada por profissionais de saúde na rotina de assistência a usuários hospitalizados. A todo momento, os profissionais verbalizavam que “orientaram” ou precisavam “orientar” os pacientes internados e familiares, geralmente acerca do autocuidado. Com base nesta observação, adotou-se a compreensão de que a “orientação” é uma

produção que busca o cuidado e que agrega, ao menos em intenção, a ideia de que os usuários se apropriem do cuidado de si e/ou de seus familiares.

A identificação da palavra “orientação” como uma espécie de conceito não dito acerca de um ato em saúde despertou nos pesquisadores o interesse de compreender melhor este ato. O termo foi preservado como ponto de apoio justamente por resumir um aspecto educativo do cuidado, compreendido inicialmente como um momento de interação profissional-usuário que configura oportunidade de trocas de informações e saberes a respeito da saúde do usuário. Com base nisso, o objetivo deste trabalho foi conhecer a perspectiva de profissionais da saúde sobre a forma cuidadoso-educativa “orientação ao autocuidado”, produzida no âmbito da interação profissional-usuário durante a hospitalização por SCA.

METODOLOGIA

Este relato constitui uma das etapas de uma pesquisa mais ampla, desenvolvida como parte do trabalho de conclusão de residência para obtenção do título de especialista em atenção especializada em cardiologia. A investigação possui caráter exploratório e qualitativo, cujo campo de pesquisa foi um hospital público de referência em cardiologia na região metropolitana de Belém-PA. A opção pelo desdobramento de uma pesquisa exploratória justifica-se pelo valor desse tipo de investigação em proporcionar a aproximação com temáticas ainda pouco estudadas ou pouco conhecidas, contribuindo com respostas a perguntas bem delimitadas. Em áreas da saúde, pesquisas exploratórias ganham relevância por permitir a exploração da realidade em que se desenvolvem eventos e questionamentos pertinentes aos processos de saúde^{13,14}.

A pesquisa que originou este trabalho esteve vigente no período de novembro de 2022 a janeiro de 2024, tendo como foco principal os aspectos motivadores para mudanças de estilo de vida entre usuários egressos de internação por doença cardiovascular. Já o presente artigo relata uma das etapas da pesquisa, correspondendo a um levantamento realizado com profissionais de um hospital público de referência em cardiologia na cidade de Belém-PA, sobre as orientações ao autocuidado fornecidas a usuários hospitalizados. A constituição dos dados aqui apresentados ocorreu no período de abril a junho de 2023, mediante a aplicação de um formulário

virtual construído na plataforma *Google Forms* e elaborado a partir da experiência profissional dos autores na atuação em equipes multiprofissionais. Destaca-se que, para esta tarefa, foi determinante o fato de os autores estarem imersos na rotina e na cultura hospitalar.

Os pesquisadores responsáveis pelo desenvolvimento deste estudo, na época da pesquisa, estavam inseridos diretamente na rotina assistencial da instituição, integrando as equipes multiprofissionais em diferentes setores. Especificamente, dois dos autores deste relato atuaram no hospital como psicólogos residentes, o que lhes permitiu vivenciar o trabalho e a rotina de diferentes cenários de prática. As observações cotidianas dos diálogos no ambiente de internação, especialmente das interações entre profissionais e usuários/familiares, foram a fonte a partir da qual foi construído o instrumento utilizado para a coleta de dados.

A partir desta experiência, foi construído um formulário virtual por meio da plataforma *Google Forms*, composto por um levantamento de perfil profissional e por quatro questões, duas fechadas e duas abertas, todas relacionadas às orientações sobre autocuidado direcionadas aos pacientes cardiopatas acometidos de SCA e seus familiares, na relação profissional-usuário. Em uma das questões abertas do instrumento, foi solicitado aos profissionais que descrevessem os procedimentos/etapas que desenvolvem ao orientar os usuários sobre o autocuidado. A questão foi formulada da seguinte maneira: “Descreva abaixo o passo a passo que você costuma utilizar para orientar os pacientes internados e familiares no autocuidado após síndrome coronariana aguda (considerando as medidas de autocuidados para o domicílio)”. O recorte de adoecimento especificado, SCA, justifica-se por estar alinhado ao recorte maior da pesquisa, que, por sua vez, foi definido em função da dificuldade no trabalho preventivo de agravos após o evento agudo da doença cardíaca, que depende necessariamente da mudança de hábitos de vida.

A pesquisa foi divulgada mediante cartazes fixados em diferentes setores do hospital, sendo disponibilizado com eles um código QR para acesso ao formulário. Além disso, o convite foi divulgado nas redes sociais e veículos de comunicação internos da instituição. A resposta completa do formulário levava em média de 15 a 20 minutos. Os participantes foram informados da

garantia de não identificação e de que suas participações seriam voluntárias.

O convite para a participação foi endereçado aos trabalhadores de equipes multiprofissionais de nível superior e técnico, sem distinção quanto ao tipo de vínculo de trabalho dos profissionais. Os critérios de inclusão foram: profissional de saúde envolvido na assistência a pacientes acometidos por doença coronariana; estar habituado a realizar (ou ter realizado) ações de orientação em saúde aos pacientes; e estar vinculado à instituição na qual a pesquisa foi realizada há pelo menos um ano. Quanto ao critério de exclusão, não foram aceitas respostas de profissionais em formação, como estagiários e estudantes em internato.

Os dados foram submetidos à análise hermenêutico-dialética, conforme descrito por Minayo¹⁵. Esta estratégia de análise busca a compreensão de sentidos a partir da comunicação, conforme os consensos e contradições da linguagem. No polo da hermenêutica, procuram-se os acordos, as mediações que expressam sentidos comuns em um ou mais grupos, incorporando nesta busca os contextos a partir dos quais se constroem os sentidos. Já no polo da dialética, busca-se nas práticas simbólico-culturais “encontrar os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles”^{15:167}. Este referencial não estabelece a priori nenhuma técnica específica à análise, o que é justificado pela valorização de que os parâmetros de análise sejam fomentados pelos próprios elementos teóricos escolhidos pelo pesquisador. Em consonância, o pesquisador deve posicionar-se e tomar partido diante daquilo que analisa, mas sem perder de vista o contexto no qual os fenômenos foram produzidos e sem a pretensão de buscar a “essência” daquilo que foi observado¹⁵.

A despeito disso, optou-se nesta investigação por empregar as etapas de análise sugeridas por Minayo¹⁵, a saber: organização dos dados – preparação de todo o material de análise, retomada das categorias analíticas e mapeamento horizontal dos dados; classificação dos dados – leitura flutuante, construção de categorias empíricas a partir das unidades de sentido encontradas e confronto reflexivo com objetivos e categorias analíticas; a análise final – continuidade da segunda etapa, na qual se constrói o quadro interpretativo e compreensivo sobre as categorias adotadas. Nesta pesquisa, foi estabelecida uma única categoria analítica

prévia, descrita como “formas de orientação sobre o autocuidado”. Após a análise das respostas dos participantes, esta categoria foi mantida como parâmetro, mas teve seu título modificado para “fragmentação de saberes, fragmentação do cuidado”, no intuito de refletir o teor dos resultados.

Por fim, os autores declaram que o estudo seguiu todos os cuidados éticos necessários às pesquisas com seres humanos e em meios virtuais. Ademais, foi submetido à apreciação de comitê de ética em pesquisa sob o CAAE 68083023.1.0000.0016.

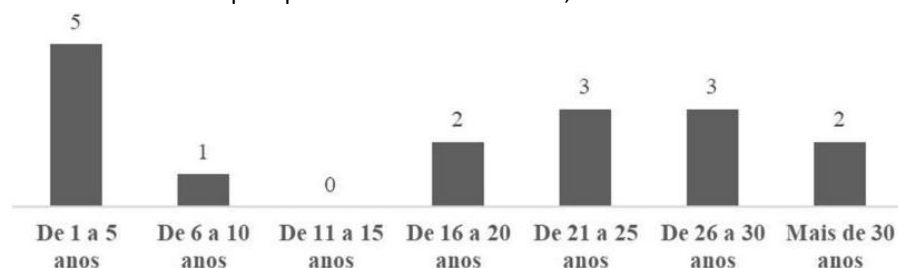
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos participantes

Participaram desta pesquisa 16 profissionais, dentre os quais seis se identificaram com o gênero masculino e 10 se identificaram com o gênero feminino. Quanto à categoria profissional, participaram cinco psicólogos, três fisioterapeutas, dois enfermeiros, dois assistentes sociais, dois técnicos de enfermagem, um terapeuta ocupacional e um nutricionista. Três profissionais estavam vinculados aos programas de residência oferecidos na instituição, sete eram servidores efetivos e seis, servidores contratados.

Houve grande variabilidade da faixa etária, bem como do tempo de atuação profissional. Este variou entre 1 e 30 anos ou mais (conforme opções disponíveis no formulário), com mediana de 20,5 (ver Figura 1). O tempo de atuação na assistência direta a pacientes cardiopatas variou entre 1 e 20 anos, porém oito participantes informaram menos de seis anos com esse público.

Figura 1. Tempo de atuação de uma amostra de profissionais no cuidado ao paciente com SCA em um hospital público do Norte do Brasil, 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Também foi solicitado aos participantes que indicassem em quais setores atuam ou atuaram na assistência a pacientes acometidos por SCA. Foi

permitido que escolhessem mais de uma opção, caso já tivessem prestado assistência em mais de um setor da instituição. Os setores mais representados foram a UTI coronariana e a clínica cardiológica, além das clínicas médica e cirúrgica e a emergência cardiológica, conforme apresentado na Figura 2. Destaca-se a representatividade desses setores na assistência a pacientes acometidos por doenças cardíacas, uma vez que compõem um fluxo assistencial organizado para esse perfil de paciente.

Figura 2. Distribuição dos setores nos quais já trabalharam os profissionais de uma amostra de um hospital público no Norte do Brasil, 2023.

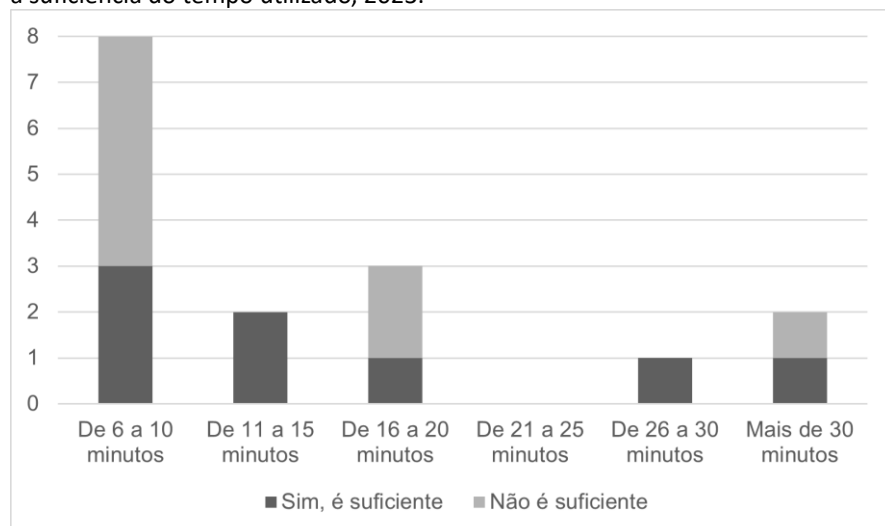


Fonte: Elaborado pelos autores.

Fragmentação de saberes, fragmentação do cuidado

Foi solicitado aos profissionais que estimassem a média de tempo usualmente empregada na orientação do usuário sobre ações de autocuidado (Figura 3). Destaca-se que oito participantes referiram permanecer com os usuários por cerca de 6 a 10 minutos durante a abordagem. Os demais participantes apresentaram maior variação nas respostas, chegando a registrar mais de 20 minutos na tarefa. Metade dos participantes afirmou acreditar que o tempo disponibilizado às orientações é suficiente para favorecer a compreensão dos usuários. Embora esses resultados não possam fundamentar uma conclusão geral sobre o tema, ressalta-se que a variabilidade das percepções sobre o tempo e a efetividade da tarefa pode refletir uma subvalorização do aspecto relacional do encontro entre profissional e usuário. Nesse sentido, se a “orientação” é antes de tudo uma relação, então o mais importante pode não ser a quantidade de tempo ou informação oferecidos, mas a qualidade do encontro estabelecido entre os participantes do diálogo¹⁶.

Figura 3. Percepções de profissionais de saúde de um hospital público do Norte do Brasil sobre o tempo médio de duração das “orientações sobre autocuidado” e sobre a suficiência do tempo utilizado, 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os profissionais também foram solicitados a indicar, em um rol de opções, as barreiras à orientação de pacientes cardiopatas. As mais citadas foram: a dificuldade de compreensão de pacientes e seus acompanhantes; fatores estruturais do ambiente hospitalar (falta de espaço e privacidade para o diálogo com os usuários); falta de tempo para se dedicar à atividade de orientação; e abundância de informações a serem repassadas durante as orientações.

Além das perguntas fechadas, foi desenvolvida uma questão aberta para que outros fatores percebidos como dificuldades, não contemplados como opção no formulário, pudessem ser compartilhados como resposta pelos profissionais. Essa pergunta não foi identificada como obrigatória no questionário, o que ofereceu liberdade para que os profissionais decidissem se a responderiam ou não. Três profissionais ofereceram descrições a respeito de suas dificuldades.

A resposta de P01 identifica uma questão relevante sobre este assunto: o desenvolvimento de ações de orientação em saúde desarticuladas da ideia de integralidade da assistência. O objetivo de uma equipe multiprofissional é oferecer um olhar integral à saúde do paciente, contrapondo-se à fragmentação da assistência, resultante da hiperespecialização, mediante a composição de saberes, planejamento de ações e implicação no processo de cuidado, incentivando a autonomia e qualidade de vida do paciente como produção e ação social em saúde¹⁷. Em relação à assistência ao paciente

cardiopata, a integração do cuidado contribui significativamente para a recuperação e reabilitação em saúde, especialmente em pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas, considerando a ampla dimensão das repercussões envolvidas no adoecimento e tratamento, o que implica a necessidade de uma assistência planejada para abarcar as demandas surgidas durante a internação e para uma orientação adequada ao autocuidado¹⁸⁻²⁰.

Participação uniprofissional. Orientações são passadas por cada profissional individualmente, quando há orientações em todas as áreas da saúde. (P01, mulher, psicóloga).

A integração das práticas assistenciais em equipes multiprofissionais pressupõe uma atuação interdisciplinar. Para fomentar práticas interprofissionais, os agentes envolvidos precisam lidar com os limites impostos pela abordagem biomédica, a compartimentalização de saberes e a fragmentação da atenção delas resultante. Esses três desafios levam a sistemas hierarquizados de cuidado, baixa corresponsabilização, diminuição da qualidade e aumento de custos²¹. Assim, a perspectiva de um cuidado compartilhado e integrado em saúde é prejudicada por um trabalho que, embora preconizado como colaborativo pelas políticas de saúde, neste contexto ocorre de forma separada, conforme reconhecido pela fala da profissional.

Além disso, refletir sobre a relação profissional-usuário é essencial para produzir uma orientação em saúde segura e significativa. Em pacientes acometidos por SCA, a clareza das necessidades do paciente, bem como a contextualização de sua realidade, o fortalecimento do vínculo entre o profissional e a equipe e o engajamento de profissionais de várias áreas comprometidos com a promoção de saúde fortalecem o estabelecimento de práticas de orientação mais efetivas, impactando a relação do usuário com o processo saúde-doença^{22,23}.

Assim, muitos são os fatores que atravessam a educação em saúde no momento da interação diária em ambiente hospitalar. Embora a otimização dessa comunicação dependa de um complexo conjunto de mudanças, é possível destacar como problemática a atribuição de responsabilidade integral ou de “culpa” pelo adoecimento ao próprio usuário, como parece indicar a resposta de P13. Trata-se de uma resposta rápida que retira do profissional o papel de corresponsabilidade. Essa forma de compreender a implicação do

paciente no seu adoecimento contribui para uma prática preventiva e educativa distante do que a promoção da saúde preconiza, conforme discutido mais adiante.

Muitas vezes há falta de aceitação do paciente para algumas orientações. (P13, mulher, técnica de enfermagem).

Outra dificuldade, apontada abaixo por P07, corresponde à falta de um espaço adequado para uma boa orientação, justificada pela quantidade de profissionais que necessitam assistir o usuário. Esse ponto é colocado como um problema que aparenta estar relacionado à estrutura física, mas expõe também que o trabalho em coletivo é visto como um empecilho. Esta resposta pode ser outra expressão do mesmo problema: o anseio pelo trabalho individual, separado dos demais. Esse discurso é uma barreira ao trabalho integrado, à conversa dentro da equipe que permita incrementar o conhecimento e construir um plano de cuidado alinhado conjuntamente.

Ausência de local adequado para orientar. Quando o paciente está internado, vários profissionais vão ao mesmo tempo e isso dificulta por vezes finalizar a conversa (P07, mulher, assistente social).

Foi solicitado que os participantes descrevessem o “passo a passo” de como orientam os pacientes sobre o autocuidado. Apenas quatro respostas contemplaram a importância das percepções e conhecimentos do usuário acerca do adoecimento. As demais mantiveram um viés informativo, biomédico, fragmentado e compartimentalizado.

Destaca-se que apenas as respostas de P01, P09 e P16 contemplaram e foram representativas de uma prática condizente com a promoção da saúde. Chama atenção que todas foram registradas por psicólogos(as), profissão apontada na prática como mais propensa a atuar ao encontro da reorientação da atenção à saúde²³. Isso pode ocorrer justamente pelo fato de que este profissional é capacitado para o manejo relacional, por meio da escuta e do acolhimento, os quais têm um papel decisivo na confiança dos usuários em relação às recomendações fornecidas²⁴.

1 - Apresentação; 2 – Verificação de compreensão do diagnóstico e tratamento efetuados; 3 - Levantamento de dúvidas; 4 – Acolhimento de demandas; 5 – Psicoeducação; 6 – Verificação de compreensão; 7 – Encerramento do atendimento e encaminhamento, caso necessário para outro profissional (P01, mulher, psicóloga).

Em grupo, aconselhamento e orientações com interatividade entre os participantes, muito proveitoso para os pacientes. Individualmente através de escuta terapêutica, aconselhamento considerando as demandas individuais de cada paciente em seu contexto biopsicossocial. Através de cartilha com orientações abrangendo higiene, alimentação, adesão às prescrições, direitos, gerenciamento de estresse, entre outros aspectos (P09, mulher, psicóloga).



Ambas as respostas partem da inclusão da subjetividade do usuário como parte do processo, o que é de fundamental importância no enfrentamento das doenças crônicas. No caso das doenças coronarianas, como o SCA (com ou sem infarto), algumas pesquisas, de dentro e fora do país, apontaram que os pacientes costumam atribuir mais importância ao tratamento prescrito pelo profissional do que ao controle pessoal sobre a doença cardíaca, o que vem acompanhado de uma superestimação do grau de adesão ao autocuidado percebido e de uma crença equivocada sobre a etiologia da doença, atribuída a fatores extrínsecos^{7,9,25}. Destaca-se ainda que este modo de perceber o adoecimento seria compartilhado no núcleo familiar, em uma construção complexa de representações e crenças sobre o adoecimento que ultrapassa a mera necessidade de informações^{7,9,25-27}.

Estes dados reforçam ao menos dois aspectos: a função de poder presente na posição do profissional na sua relação com o usuário; e a existência de uma rede de sentidos sobre a doença que é compartilhada no grupo sociofamiliar do usuário. Uma orientação competente sobre o autocuidado deve considerar tais particularidades no contexto em que se realizam as práticas de cuidado. A mera transmissão do conhecimento não contribui para a apropriação e empoderamento preconizados nas ações de promoção da saúde²⁸.

Além disso, parece haver uma diferença cultural na atenção à saúde em diferentes espaços, de modo que o ambiente hospitalar demonstra maior rigidez em relação à reorientação das práticas de saúde do que a atenção básica²³. Dessa forma, a aparente dificuldade da maioria dos profissionais desta pesquisa na orientação dos usuários, conforme suas respostas, parece decorrer da cristalização de saberes fragmentados, de modo que cada profissão permanece restrita ao seu papel, mencionando os saberes de outras disciplinas apenas com discursos de senso comum, como “ter boa alimentação”, “fazer exercício” ou “cuidar do lado emocional”. Isso acarreta pouca familiaridade com as especificidades das diferentes repercussões que a

doença cardíaca pode ter na vida do usuário e sobre a maneira como ele vivencia e enfrenta o processo de adoecimento e recuperação, um saber que só pode ser construído de maneira interdisciplinar.

Digo sobre a importância da caminhada, o controle da ingestão de água, tomar as medicações direitinho, aceitar bem as dietas tendo controle sobre ela por causa do sobrepeso, evitar bebidas alcoólicas, e procurar viver feliz sem sobrecarregar o seu lado emocional etc... (P13, mulher, técnica de enfermagem).

Adesão ao tratamento, Cuidado com a Alimentação, Fatores estressantes, Lazer, Importância de relações sociais saudáveis (P6, mulher, psicóloga).

Nenhum dos profissionais expressou como aspecto importante do processo de orientação o vínculo com o usuário. Isso é particularmente relevante ao se considerar que o vínculo profissional-usuário é determinante para qualquer intervenção que tenha como base a promoção de mudança nos hábitos de saúde¹². Destaca-se que apenas um dos participantes (P16) chegou a apontar claramente para o aspecto subjetivo do adoecimento. Outras três respostas citaram as “demandas do paciente” ou “demandas individuais”, mas sem clareza quanto ao significado destas expressões.

Acho que faz sentido identificar inicialmente como que o paciente percebe a influência de seu estilo de vida e padrões de comportamento em seu processo de adoecimento. A partir disso, com base naquilo que o paciente relata, posso abordar questões relacionadas ao autocuidado, orientações sobre a relação do paciente com alimentação, função dos alimentos e de outros fatores que podem ser fatores de risco para SCA (...) (P16, homem, psicólogo).

Ao contrário da herança do modelo biomédico, a subjetividade dos usuários é, na realidade, central no processo de saúde-doença da população. Menéndez²⁹ afirma que, fora do setor de saúde, há um constante processo de construção de conhecimentos de base sociocultural, o qual ocorre na interrelação entre sujeito e seus microgrupos. O autor chama esse processo de autoatenção e o diferencia das formas institucionalizadas de atenção (como os níveis de atenção primário, secundário e terciário) para indicar que este fenômeno ocorre fora do setor formal de saúde e que não depende da ação direta de um agente representante do setor. Por isso, a autoatenção é um processo autônomo, característico dos encontros entre sujeitos e da intersubjetividade.

Assim, entende-se que, ao ser hospitalizado, o usuário já detém um conjunto

de saberes e práticas de saúde cotidianas e comuns ao grupo ou grupos sociais nos quais está inserido. Por isso, o conhecimento científico instituído com o qual é confrontado no contexto hospitalar não é simplesmente “absorvido”, como se o usuário fosse um agente passivo a quem faltasse conhecimento. Ao contrário, o saber científico interage com esses outros saberes e práticas trazidos pelo usuário, de tal modo que o resultado disso pode ser (e comumente é) a produção de um cuidado diverso no cotidiano, efeito de formas variadas de atenção, como os saberes tradicionais, os hábitos culturais, as crenças religiosas/espirituais e a medicina tradicional²⁹. A interação desses conhecimentos gera uma forma particular de lidar com o adoecimento e com as orientações de saúde.

Neste sentido, entende-se que o cuidado em saúde não é simplesmente “ensinado” ou “transmitido”, mas sim produzido pelo sujeito no agir cotidiano. Merhy¹⁶ aponta que a ação humana está sempre produzindo algo, de maneira reconhecida ou não. Isto é, o ato humano é ato produtivo. No contexto do trabalho, especialmente no trabalho direto com seres humanos, há sempre uma dimensão viva, em constante produção e invenção, e outra morta, estabelecida a partir de normas, estruturas e sistematizações do conhecimento. Assim, trabalho vivo e trabalho morto convivem constantemente no cotidiano do trabalho, mas é no encontro e nas relações entre sujeitos que o trabalho vivo apresenta sua maior potência¹⁶.

Afastando-se de uma visão maniqueísta, destaca-se que o trabalho morto refere-se à ideia de que determinada produção, estabelecida como pronta, já foi um dia um trabalho em produção, em acontecimento, constituindo-se anteriormente em trabalho vivo, mas que agora, uma vez transformada em matéria, instrumento ou tecnologia, assume a dimensão de um trabalho morto que pode servir de apoio a um novo trabalho vivo. Assim, qualquer tecnologia utilizada nos processos de saúde, inclusive as “orientações”, é dotada de uma dimensão criativa e inventiva, por mais que mais estruturada e rígida que possa ser.

No entanto, é no encontro e na relação entre sujeitos (tecnologia leve ou relacional) que a dimensão viva do ato em saúde encontra seu maior potencial. A forma como a relação é produzida e os efeitos que isso gera dependem dos posicionamentos e das “negociações” operadas pelas

subjetividades do profissional e do usuário. Da parte do profissional, se a sua posição ética concebe o corpo do outro que está diante dele como um corpo biológico, as práticas em saúde serão instrumentais e orientadas para o biológico. No entanto, se concebe aquele corpo como um “corpo sensível”, capaz de captar e ser transformado pelas experiências vividas, só então será possível incluir a dimensão viva do cuidado¹².

Por isso, vários dos obstáculos inicialmente citados pelos participantes desta pesquisa não devem simplesmente ser encarados como intransponíveis. Orientar, escutar e criar vínculo com o usuário não depende de um contexto fixo, mas da possibilidade de fomentar condições para que isso ocorra. Defende-se aqui a possibilidade de fomentar a transversalidade do cuidado nas interações profissional-usuário, incluindo aqui os momentos descritos como “orientações” pelos profissionais. Contudo, salienta-se a necessidade de ultrapassar a mera orientação – isto é, a transmissão de informações pertinentes de forma isolada e fragmentada. Em vez disso, enfatiza-se que esses momentos devem ser investidos de interesse genuíno em proporcionar ao usuário a oportunidade de ser acolhido, de expor suas opiniões e percepções e de refletir e reavaliar sua condição de saúde, considerando não apenas a hospitalização, mas também sua vida cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a perspectiva de profissionais da saúde sobre a forma cuidadoso-educativa “orientação ao autocuidado”, realizada no âmbito da interação profissional-usuário durante a hospitalização por SCA. Foi identificado nos relatos dos profissionais que as “orientações” traduziam tentativas de educar os usuários, assumindo a lógica da fragmentação de saberes e do cuidado, em uma abordagem pluridisciplinar focada na responsabilização individual do adoecimento. Além disso, os profissionais reconheceram dificuldades diretas no manejo relacional com os pacientes, justificando a necessidade de medidas que busquem o desenvolvimento de habilidades relacionais.

As formas de realização de tais orientações preservam, no lugar da integralidade, uma lacuna, que poderia ser contornada, propõe-se, mediante novas estratégias práticas voltadas à reorientação da assistência hospitalar. Obviamente, uma mudança como essa precisaria incidir na

formação de novos profissionais, visando a inclusão da dimensão relacional na cultura do trabalho em saúde. A valorização da relação profissional-usuário, em tudo aquilo que preserva de inventivo e imprevisível, parece o melhor caminho para uma verdadeira ética do cuidado.

A “orientação em saúde” recortada neste trabalho, embora se afaste do paradigma de promoção da saúde, mostra uma forma singular de saber prático, cujo significado é construído na rotina de trabalho do hospital. A questão relevante é que, se ela pôde ser construída da forma como foi descrita, também pode ser reconstruída menos imersa na lógica biomédica e mais inserida na lógica do cuidado compartilhado, interdisciplinar e centrado no usuário.

Por fim, deve-se reconhecer que esta pesquisa apresenta resultados exitosos de uma experiência singular. A utilização de coleta de dados por meio de formulário eletrônico apresenta limitações no potencial de análise qualitativa, uma vez que propicia um risco de respostas comedidas devido à ausência de um interlocutor visível e presente. Além disso, embora 16 participantes constituam número amostral adequado para uma pesquisa qualitativa, a utilização de respostas curtas como fonte de análise limita a representatividade dos resultados. Por isso, sugere-se que novas pesquisas qualitativas sejam realizadas com utilização de entrevistas abertas ou semiestruturadas como meio de coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Cienc Saude Colet. 2014;19(3):847-52. doi:10.1590/1413-81232014193.01572013.
3. Carvalho QGS. Promoção da saúde em ambiente hospitalar e as práticas de cuidado de enfermeiros [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39364>
4. Arruda C, Silva DMGV. A hospitalização como espaço para educação em saúde das pessoas com diabetes mellitus. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2020;12:37-45. doi:10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6909.
5. Soeiro AM, Lima GB, Silva RS, Silva GR, Diniz F, Oliveira HS, et al. Diferenças prognósticas entre homens e mulheres com síndrome coronariana aguda. Arq Bras Cardiol. 2018;111(5):648-53. doi:10.5935/abc.20180166.

6. Nunes FMP, Silva AB. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda: revisão integrativa. *Rev Cienc Saude Nova Esperanca*. 2020;18(2):98-106.

Disponível em:

<https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/527>

7. Le Grande MR, Hughes G, White L, Cassell B, Smith C, Bristow M, et al. Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychol Health Med*. 2012;17(6):709-22. doi:10.1080/13548506.2012.661865.

8. Makar A, Pukljak Iričanin Z, Pavić J. An assessment of decision to change lifestyle in cardiovascular patients after hospitalization. *Croat Nurs J*. 2019;3(1):25-35. doi:10.24141/2/3/1/2.

9. Dullaghan L, McDonald T, O'Neill T, Shaw T, Morrison L, Pearce A. 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(3):270-6. doi:10.1177/1474515113491649.

10. Nammur ACDM, Farias TBC, Medeiros Lima RL, Sousa MNA. Limitações no pós-infarto agudo do miocárdio e repercussões na qualidade de vida do paciente. *Res Soc Dev*. 2021;10(5):e1460910514609. doi:10.33448/rsd-v10i5.14609.

11. Rigon AG, Neves ET. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(4):812-7. doi:10.1590/S0104-07072011000400022.

12. Slomp Jr H, Franco TB, Merhy EE. Conhecendo o caso e aproximando-se das singularidades I: montando a caixa de ferramentas, problemas de saúde e relações de familiaridade. Em: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpresas, vivências e transformações*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2022. p. 65-82.

13. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saude Publica*. 1995;29(4):318-25. doi:10.1590/S0034-89101995000400010.

14. Babbie ER. *A prática da pesquisa social*. 1ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2020.

15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

16. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

17. Backes DS. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. *Disciplinarum Scientia Saude*. 2016;15(2):277-89. doi:10.37777/1093.

18. Koerich C, Costa LM, Silva FC, Lopes N, Oliveira GF. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):8-13. doi:10.1590/S0103-21002013000100003.

19. Pereira FJR, Bezerra AA, Marques CCO, Lucena CMF, Silva EM, Santos SFA, et al. Multiprofissionalidade em saúde cardiovascular: atuação integrada em clínica cirúrgica. *Rev Bras Cienc Saude*. 2013;11(4):209-16. doi:10.4034/RBCS.2013.17.03.01.

20. Luz AR, Almeida MP, Costa VC, Barros ME. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. *Rev Gest Saude*. 2016;7(1):270-81. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555872.pdf>
21. Lima VV, Araujo R, Oliveira MS, Barroso L, Ribeiro J, Cavalcanti MP. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl 2):1549-62. doi:10.1590/1807-57622017.0722.
22. Santos I, Soares CS, Berardinelli LMM. Promovendo autocuidado em clientes com coronariopatia: aplicação do diagrama de Nola Pender. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2010;2(4):900-3. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/900>
23. Johansson H, Lantz A, Nordström G. Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Healthc*. 2010;3:213-24. doi:10.2147/JMDH.S14900.
24. Velasco K, Rivas LAF, Guazina FMN. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. *Disciplinarum Scientia Humanas*. 2012;13(2):243-55. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1741>
25. Altenhofen V. A percepção da doença em pacientes cardíacos [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2015. Disponível em: <http://repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4919>
26. Bastos MO. Representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/251433>
27. Serves N, Farias TBC, Lima RL, Oliveira AC. Adherence to rehabilitation and home exercise after myocardial infarction: a qualitative study of expectations, barriers and drivers. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2023;15(1):98. doi:10.1186/s13102-023-00714-3.
28. Lima TCRM, Costa GAD, Oliveira AH, Souza Filho PB, Rocha EA. Qualidade da orientação nutricional intra-hospitalar em pacientes com IAMcSST das redes pública e privada de saúde em Sergipe: Registro (VICTIM). *Arq Bras Cardiol*. 2019;113(2):260-9. doi:10.5935/abc.20190124.
29. Menéndez EL. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009.