



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO/MESTRADO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA REZENDE GARCIA

**Sentidos da pessoa hospitalizada na vivência da internação:
implicações para segurança da assistência**

**Juiz de Fora
2016**

FERNANDA REZENDE GARCIA

**Sentidos da pessoa hospitalizada na vivência da internação:
implicações para segurança da assistência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena

**Juiz de Fora
2016**

Garcia, Fernanda Rezende.
Sentidos da pessoa hospitalizada na vivência de internação:
implicações para a segurança da assistência / Fernanda Rezende
Garcia. -- .
63 p.

Orientador: Anna Maria de Oliveira Salimena
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, .

1. Segurança. 2. Paciente. 3. Enfermagem. 4. Fenomenologia. I.
Salimena, Anna Maria de Oliveira, orient. II. Título.

FERNANDA REZENDE GARCIA

**Sentidos da pessoa hospitalizada na vivência da internação:
implicações para segurança da assistência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 15 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Dra Anna Maria de Oliveira Salimena - Presidente
Orientadora Professora Titular da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Dra Matilde Meire Miranda Cadete – 1ª Examinadora
Professora Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local da
UFMG

Dra Thais Vasconcelos Amorim – 2ª Examinadora
Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Dra Ivis Emília de Oliveira Souza – Suplente
Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dra Maria Carmen Simões Cardoso de Melo – Suplente
Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

*“Pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como
primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”*
Florence Nigthingale, 1859

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos me dirigindo primeiro a Deus, fonte de minha inspiração e proteção, pelas oportunidades que tem colocado em minha vida e pela proteção constante. Aos meus guias espirituais, que não me faltaram nesta longa caminhada pelo título de Mestre.

Agradeço também à minha orientadora, Prof^{ta} Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena, pela confiança em meu estudo, pelo incansável apoio e incentivo nos momentos mais difíceis. Sua paciência e sua palavra amiga me encorajaram a chegar até aqui. A ela, todo meu carinho, gratidão e reconhecimento.

A minha querida família, meu porto seguro e minha base. Ao meu pai, pessoa em que me espelho profissionalmente, por sua competência e conhecimento. À minha mãe, presente em todos os momentos, sendo o equilíbrio da família com sua bondade e generosidade; amor incondicional. Ao meu irmão Diogo, por ser exemplo de determinação e garra para vencer. Ao outro irmão, Gabriel, que apesar de mais novo, me foi fonte de inspiração para lidar com as adversidades da vida com calma e leveza. À minha sobrinha Manuela, pelos momentos de descontração e alegria, indispensável para aliviar as tensões desta trajetória. À minha irmã de coração, Mariana Duque, pelo apoio e carinho. Vocês são tudo em minha vida!

Ao meu noivo Rogério, que apesar de ter entrado em minha vida na etapa final do Mestrado, me proporcionou a paz que o coração precisava para chegar até aqui. Te amo!

À minha amiga de faculdade, trabalho e da vida, Vivian, pelo incentivo inicial pela busca do Mestrado e apoio em certa parte deste meu caminho. Amiga, que momento!

À outra amiga, que não se cansou de ouvir meus desabafos e angústias nas incertezas da construção da dissertação, Flávia Balbi, figura de extrema importância em minha vida. Amiga, eu consegui!

Às amigas do mestrado, em especial Dani, Ju, Júlia e Nayara, verdadeiros presentes que ganhei nestes dois anos e que levarei pela vida inteira. Ao seu modo, todas foram especiais, principalmente nos momentos de angústia (de Heidegger ou não!)

Thais Amorim, não poderia deixar de agradecer este ser humano ímpar, que com sua tranquilidade e conhecimento, estiveram presentes em minha trajetória do Mestrado desde os primeiros dias. Thais, você é um ser iluminado!

À professora Cristina Arreguy-Sena, com quem tive momentos de aprendizado, seja em suas disciplinas ou em sua casa, durante a elaboração do nosso artigo.

Ao professor Marcelo Alves da Silva, que mediu prazerosas discussões sobre a Enfermagem, abrindo meus horizontes e até mesmo conceitos a respeito da profissão.

À professora Ivis, pessoa maravilhosa, que muito contribuiu para o meu “abrir” para a fenomenologia. Muito obrigada professora, seu carinho e sua sempre disponibilidade em ensinar ficaram marcadas na minha trajetória.

À Elisângela... ah meu Deus, o que seria de mim sem a Elisângela! Elis, muito obrigada pelo carinho, paciência e até conselhos que compartilhamos durante este momento. Sua alegria contagia e muito me deu fôlego quando chegava à secretaria desesperada pela perda de um prazo! Você é nota mil!

À Rede FHEMIG, pelo incentivo à participação de seus servidores em programas de Mestrado, facilitando a jornada de trabalho em prol da pesquisa. Ao Hospital Regional João Penido, meu local de trabalho e cenário deste estudo. Aos pacientes participantes da pesquisa, que ao relatarem suas experiências de hospitalização me fizeram refletir sobre a qualidade da assistência e segurança do paciente.

RESUMO

Este estudo de natureza qualitativa teve como objetivo compreender o significado e desvelar os sentidos da vivência de internação e da segurança da assistência para o paciente hospitalizado. Foi utilizada abordagem fenomenológica como método de pesquisa e o pensamento de Martin Heidegger como referencial teórico-filosófico-metodológico. Foram depoentes 11 pacientes que vivenciaram a internação hospitalar em hospital geral no interior de Minas Gerais. A entrevista fenomenológica se baseou nas seguintes questões norteadoras: 1) como está sendo a sua vivência de internação? Como você percebe as ações voltadas para a segurança com o seu cuidado? Emergiram as estruturas essenciais, sendo então realizado o primeiro momento metódico, a compreensão vaga e mediana, que permitiu a construção de duas Unidades de Significação: Estar hospitalizado é estar longe da família, ser bem atendido, com cuidado e carinho e ter a ajuda do colega de quarto é importante e Segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos, preocupados com a higiene, é tomar os remédios na hora certa, é ter equipamentos funcionando e receber as informações corretas da forma pela qual tem que tratar. No segundo momento metódico a hermenêutica, como compreensão interpretativa do *ser-aí-paciente-hospitalizado* alcançou o desvelamento dos sentidos que se configuram no cotidiano da internação como *ocupação e preocupação, ambiguidade e falatório e ser-com*, desvelando um cuidado dominador no ambiente hospitalar. Este estudo viabilizou o desvelamento de sentidos que estavam ocultos por pesquisas que se ocupam de dados quantitativos da segurança do paciente para sua aplicabilidade na prática. Contribuiu para trazer à tona a necessidade de melhorar a comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente, como forma de trazê-lo como agente ativo da promoção de sua segurança no ambiente hospitalar, demonstrando a necessidade estar presente e esclarecer para o paciente o que é segurança para que ele receba o cuidado efetivo, libertador e autêntico.

Palavras-chave: Segurança, Paciente, Enfermagem, Fenomenologia.

ABSTRACT

This qualitative study had the objective of understanding the meaning and revealing the meanings of the hospitalization experience and the safety of care for hospitalized patients. We used the phenomenological approach as a research method and Martin Heidegger's thought as a theoretical-methodological reference. Eleven patients who had undergone hospital stay in a general hospital in the interior of Minas Gerais State were interviewed. The phenomenological interview was based on the following guiding questions: 1) how is your hospitalization experience? How do you perceive safety-oriented actions with your care? Would you like to say something else? Thus emerged the essential structures, and then the first methodical moment was realized, that is, the vague and medium understanding, which allowed the construction of two Units of Significance: Being hospitalized is being away from the family, being well cared for, Caring and having the help of the roommate is important and Safety is having the daily medical visit and caring nurses, concerned about hygiene, is to take the pills on time, is to have equipment working and receive the correct information the way you have To deal with. In the second methodical or hermeneutic moment, as an interpretative understanding of being-there-patient-in-hospital, it reached the unveiling of the senses that are configured in the theoretical reference as occupation and concern, ambiguity and chatter and being-with, revealing a domineering care in the hospital environment. This study enabled the unveiling of senses that were hidden by research that deal with quantitative data on patient safety for its applicability in practice. It has contributed to the need to improve the communication between the nursing team and the patient, as a way to bring it as an active agent to promote their safety in the hospital environment, demonstrating the need to be present and to clarify for the patient that the Which is security for him to receive effective, liberating and authentic care.

Keywords: Safety. Patient. Nursing. Phenomenology.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	11
1.1 Aproximação com a temática.....	11
1.2 Problematização.....	12
1.3 Objetivo do estudo.....	13
II SOLO DE TRADIÇÃO	14
2.1 O contexto da assistência à pessoa internada em ambiente hospitalar	14
2.2 Movimento pela Qualidade da Assistência	16
2.3 O Gerenciamento de Riscos e a Segurança do Paciente	20
2.4 O cuidado de enfermagem na perspectiva da Qualidade e Segurança do Paciente	26
III REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METÓDICO	29
3.1 Aproximação da fenomenologia	29
IV CAMINHO DO ESTUDO	32
4.1 Cenário.....	32
4.2 Depoentes.....	32
4.3 Movimentos da Etapa de Campo.....	34
4.4 Caminho percorrido da entrevista à sua análise	34
V ANÁLISE COMPREENSIVA	36
5.1 Historiografia e o modo como os depoentes se apresentaram durante a entrevista.....	36
5.2 Compreensão vaga e mediana: significados para o paciente que vivencia a hospitalização, na perspectiva da segurança da assistência: 1º movimento metódico	39
5.3 Fio condutor da interpretação.....	46
5.4 Interpretação compreensiva hermenêutica-heideggeriana: 2º momento metódico.....	47
VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
VII REFERÊNCIAS	54
ANEXOS E APÊNDICES	59

I INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação à temática

A Segurança do Paciente, hoje normatizada através da Portaria 529, de 1º de abril de 2013 e RDC 36 de 25 de julho de 2013, passou a ser prioridade nas instituições de saúde, entendendo-se que os danos causados a pacientes vão muito além do que a mídia mostra, sendo sua aplicação possível através do gerenciamento de riscos. Segundo a RDC 36, a gestão de riscos é entendida como

“aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional”(BRASIL, 2013, p.2).

Durante minha formação profissional, sempre me encantei com questões voltadas para a assistência e nunca me contentei em apenas cumprir com um procedimento durante o desenvolvimento das atividades práticas das disciplinas e do estágio no Curso de Graduação em Enfermagem. A preocupação com o bem estar do paciente e minha inquietude frente a algumas situações vivenciadas por eles foram características identificadas por diversos professores nos campos de práticas e de estágio.

Ainda como acadêmica, participei durante dois anos como bolsista do Projeto de Extensão chamado “Momento Cirúrgico: uma perspectiva de atuação multidisciplinar”, no qual ministrava palestras aos pacientes da Unidade Cirúrgica do Hospital Universitário da UFJF. Nesta atividade levávamos informações aos pacientes a respeito das cirurgias a serem realizadas, cuidados, direitos e deveres dos pacientes, dentre outros. Foi oportuno perceber que eles interagiam com o grupo e faziam perguntas sobre sua cirurgia, demonstrando uma deficiência nas informações transmitidas a eles.

E, como profissional não foi diferente. Como enfermeira de uma instituição de longa permanência para idosos, na cidade de Juiz de Fora, me preocupava muito com a prevenção de danos causados aos idosos que lá residiam: primeiro pela fragilidade que estes apresentavam, que os expunham a um risco maior de ocorrência destes e segundo pela extrema cobrança dos familiares quando da ocorrência de algum dano. Portanto, elaborava rotina de prevenção de quedas, úlceras por pressão, controle da administração de psicotrópicos, saúde bucal, dentre outras.

Neste período em que trabalhei na clínica, já notava uma tendência para ações isoladas de Segurança do Paciente, tal qual padronizadas hoje pelo Ministério da Saúde.

Ao ingressar em um hospital público de Juiz de Fora, fui plantonista por 7 meses da enfermaria masculina e me deparei novamente com a assistência direta ao paciente. Este período foi muito importante para entender o cotidiano dos plantonistas e, mais tarde criar diretrizes aplicáveis à turbulenta rotina dos plantões. Após este período, fui convidada para coordenar o Sistema de Gestão da Qualidade, relacionado à Garantia da Qualidade e logo depois a Gestão de Riscos, com atribuições voltadas para a segurança do paciente e prevenção de riscos.

Sendo assim, encontrei neste campo a possibilidade de atuar junto aos profissionais de saúde na prevenção, correção e mitigação dos eventos adversos relacionados à assistência ao paciente. Fiz cursos de capacitação, implantei o gerenciamento de riscos na unidade. Quebrou-se a resistência sobre a notificação de eventos adversos, principalmente relacionados ao erro, antes mesmo das normatizações do Ministério da Saúde referentes ao assunto entrarem em vigor.

Minha inquietação em relação ao tema nasceu quando implantou-se o gerenciamento de riscos a beira leito, modalidade em que os principais riscos são sinalizados acima do leito do paciente e os protocolos de prevenção devem ser imediatamente iniciados. Ao realizar a avaliação da implantação deste gerenciamento, entrava e saía das enfermarias observando se as plaquinhas estavam corretamente sinalizadas, até que o acompanhante de um paciente me perguntou: “moça, o que é essa plaquinha aqui?”. Neste momento, percebi que estava me deparando com uma fragilidade na implantação, uma vez que todo o gerenciamento tinha sido implantado, estava sendo feito, porém a parte principal não estava ciente: o paciente.

Toda esta caminhada foi muito importante, pois ao me deparar com a não inclusão do paciente na promoção do seu cuidado, comecei a refletir sobre a qualidade das informações que chegam até ele e o distanciamento entre a aplicação de protocolos e seus resultados na prática. Neste contexto, entendi que compreender o significado da internação e da segurança da assistência para o paciente hospitalizado, mediante todo este aparato do gerenciamento de riscos desenvolvidos para ele, pode se tornar importante aliado na efetividade de promoção da segurança.

1.2 Problematização

O interesse em estudar esta temática emergiu da observação quanto a não inclusão da pessoa hospitalizada na promoção de sua própria segurança dentro das instituições hospitalares, lugar destinado ao cuidado da saúde e não de lhes causar danos, muito embora a maioria destes sejam previstos na literatura.

Atuando como enfermeira da Gestão de Riscos e da Qualidade, participei das

reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente e ao analisar a Ficha de Notificação de Eventos Adversos observei a necessidade de maior interação profissional-paciente para o sucesso do tratamento.

Ao me deparar, desde a época acadêmica, com a deficiência de informações ao paciente sobre seu tratamento e sua estadia dentro do hospital, bem como vivenciar a implantação do serviço de segurança do paciente dentro de uma unidade hospitalar, comecei a me questionar sobre quais informações o paciente sabe sobre seu cuidado, tratamento, procedimentos, medicações e como ele se sente dentro da instituição, uma vez que pensar a assistência é pensar a segurança, não tem como dissociar estes dois atributos tão conexos.

Sendo assim, tem-se como objeto deste estudo a compreensão da vivência da internação para a pessoa hospitalizada na perspectiva da segurança da assistência.

1.3 Objetivo do estudo

Compreender o significado e desvelar os sentidos da pessoa hospitalizada na vivência da internação e na perspectiva da segurança da assistência.

II SOLO DE TRADIÇÃO

Por se tratar de um estudo de abordagem fenomenológica, sua perspectiva fundamenta-se na expectativa do desvelamento do sentido da internação e da segurança da assistência para a pessoa hospitalizada. Assim, o primeiro movimento para a aproximação com o fenômeno foi no sentido de encontrar os fundamentos, buscar em todas as direções, na intenção de vislumbrar o contexto científico de onde partem as constatações, os enunciados acerca do fenômeno.

Na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger, o Solo de Tradição constitui o momento pré-reflexivo do estudo, em que há um resgate do que a Ciência já produziu sobre a temática, para dar sustento à investigação (SALIMENA et al, 2015).

2.1 O contexto da assistência à pessoa internada em ambiente hospitalar

A estrutura hospitalar baseada em intervenções terapêuticas que buscam a cura, tal como é nos dias de hoje, é algo relativamente novo. Segundo Foucault (1981), os primeiros hospitais datam do final do século XVIII. Antes disso, estas instituições serviam para isolar os enfermos da sociedade até a sua morte, sem nenhuma intervenção (JUNIOR E VIEIRA, 2002).

Para Bittar (2004, p. 1), “*os hospitais nasceram baseados na religiosidade, na filantropia, na beneficência e no militarismo*”. As Santas Casas, instituídas em 1543 na intenção de realizar ações voltadas para a Higiene Social, eram destinadas à crescente população das cidades, para fins de isolamento social de pobres e enfermos, por intervenções governamentais e principalmente da Igreja (MOURA E GARCIA, 1994).

No Brasil, mediante a migração da população rural para as cidades, a rotina de vida e os modos habituais de cuidados com a saúde foram deixados de lado, mediante a forma de se viver na cidade. Entre 1860 e 1880, a ideia de entregar parte do trabalho do cuidar no âmbito doméstico familiar para alguém que se encarregasse de fazê-lo em um local mais apropriado, como o hospital, começou a se firmar, dando início a novas instituições e novas ocupações (OGUISSO e CAMPOS, 2013).

A industrialização, em meados de 1920, trouxe um aumento da população urbana e consigo as lutas por melhores condições de saúde. Nas décadas seguintes, segundo Araujo e Xavier (2014, p.138),

“caracterizadas pela gradual abertura da economia para o capital estrangeiro, prevaleceu o modelo de assistência prioritariamente voltado para a saúde individual e a compreensão da doença em seus aspectos puramente biológicos, o cuidado e atendimento centraram-se no âmbito

hospitalar e expandiu-se o setor privado de clínicas, equipamentos e medicamentos”.

Historicamente, a política de saúde brasileira esteve fundada numa “racionalidade hegemonicamente fragmentada; em geral curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo (...)”, com prevalência da lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós 1964 (SOARES, 2010, p.340). Com o movimento de reforma sanitária e a promulgação da Constituição de 1988, houve uma tentativa de ruptura com essa racionalidade instrumental burguesa no âmbito do Estado e mais particular mente na política de saúde.

Para o Ministério da Saúde (1977, p.317):

"o hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente."

Neste contexto, temos milhares de pessoas que buscam e necessitam de internação hospitalar para tratar de doenças. Segundo dados do Ministério da Saúde (2016), até outubro de 2016, temos 6.706 hospitais cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), sendo 30% (2012) atendendo pelo SUS e 70% (4694) pela rede privada. Destes 2012 hospitais públicos, temos um total de 308.812 leitos ativos, sendo a maioria concentrada na Região Sudeste (181.607) e Nordeste (114.705), totalizando 428.242 internações, com Tempo Médio de Permanência de 5,7 dias.

Tabela 1: Relação dos Hospitais/leitos/internações no Brasil em 2012

Nº HOSPITAIS	SUS	REDE PRIVADA	Nº LEITOS ATIVOS	NÚMERO INTERNAÇÕES
6706	2012	4694	308.812	424.242

Fonte: CNES, outubro 2016.

A hospitalização é vista como uma experiência desagradável para quem a experencia, acarretando ao indivíduo sentimentos como insegurança, medo, desconforto, ansiedade, dúvidas e preocupação. O ambiente hospitalar, na maioria das vezes, torna-se

um lugar não muito acolhedor, pois, segundo Passos e Sadigusky (2011 p.600) tende a ser “estressante, barulhento e dotado de normas e rotinas próprias”.

De acordo com Pupulim & Sawada (2012, p. 622),

“ao confrontar a doença e o tratamento, os pacientes se deparam com circunstâncias que interferem no seu estilo de vida, somando-se a convivência com pessoas que não fazem parte de sua estrutura social. Conseqüentemente, a hospitalização requer aceitação, adaptação, submissão e resignação”.

Neste contexto, a hospitalização é vista pelos pacientes como uma vivência desagradável, que exige adaptações às mudanças de sua rotina, pois relaciona com sentimento de perda, independente do tempo de internação. O paciente se vê sendo exposto a um ambiente frio, impessoal e ameaçador, diferente do seu habitual, por uma necessidade que não lhe deixa escolha, em clima de expectativa e medo (SCHNEIDER e MEDEIROS, 2011).

Na experiência da hospitalização, o paciente passa por um regime de internação em que sua autonomia, individualidade e humanidade são esquecidos ou deixados de lado. Não há sua participação sobre a decisão de seu cuidado, mesmo que haja uma avaliação criteriosa de suas necessidades de saúde por parte da equipe de saúde. A rotina hospitalar impera nos horários de tratamento, descanso, higiene e alimentação, nem mesmo a decisão sobre alternativas de cuidado pode ser escolhida (AMARAL e LEITE, 2015).

Desde o seu surgimento, os hospitais vêm passando por diversas mudanças, visando principalmente à melhoria da qualidade da assistência. Grandes avanços tecnológicos ocorreram e paralelamente a esses, novas formas de reorganização e reestruturação se fizeram necessárias nessas instituições (MANZO, BRITO e CORRÊA, 2012).

2.2 Movimento pela Qualidade da Assistência

O movimento pela qualidade se iniciou no Japão, através da aplicação de critérios estatísticos na linha de produção. Este tema ganhou notoriedade ao longo do tempo dentro das organizações, envolvendo inclusive suas relações com fornecedores e clientes (CHIAVENATO, 2003).

Para Costa, Nakata e Calsani (2013, p.55):

Apesar do movimento da qualidade total ser fundamentado na administração norte-americana, os princípios da qualidade total foram consolidados, após a II Guerra Mundial, no Japão com os círculos de controle da qualidade.

Na indústria, a qualidade de um produto ou serviço foi definida como a aptidão

para o uso (Juran) ou como a satisfação dos requisitos dos consumidores desse produto ou serviço (Ishikawa), em todos os casos existe uma noção de adequação às expectativas de quem compra um produto ou utiliza um serviço.

Segundo o Dicionário Aurélio (1999), qualidade significa maneira de ser, boa ou má, de uma coisa; superioridade, excelência em qualquer coisa/aptidão, disposição favorável/condição social. Para Donabedian (1992, p.980), “qualidade em saúde é um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário e alto grau de satisfação pelos clientes”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade da assistência à saúde “envolve um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde” (OMS, 1993 apud D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006, p.85).

O movimento pela melhoria da qualidade da assistência prestada em saúde se iniciou nos Estados Unidos, em meados de 1917, através da criação do Programa de Padronização Hospitalar (PPH), estabelecido pelo recém formado Colégio Americano De Cirurgiões (CAC) (ROBERTS e REDMAN, 1987).

Em 1918, foi feita a primeira aplicação destes padrões estabelecidos, em cerca de 600 hospitais dos EUA, com 200 leitos ou mais. Destes hospitais, apenas 82 estavam em conformidade com os Padrões Mínimos (Minimum Standard) estabelecidos pelo PPH (FELDMAN, et al, 2005). Surge assim, a ideia de auto-avaliação e aperfeiçoamento permanente e que deve resultar em uma melhoria da qualidade da assistência.

Segundo Fortes (2013, p.22):

Esses dois movimentos contribuíram para uma reorganização das escolas médicas e dos hospitais. Passou-se a buscar a excelência nesses dois ambientes. A escola médica elitizou-se e cresceu a ideia de que a boa educação nessa área propiciaria a qualidade da prática, influenciando o desempenho dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o estado de saúde das pessoas. [...] Os padrões estabelecidos e considerados mínimos foram reconhecidos como essenciais aos cuidados e ao tratamento dos pacientes, em qualquer hospital.

Após a 2ª Guerra Mundial, com o aumento do número de instituições de saúde, aliado à crescente procura por tratamento não cirúrgico e a sofisticação crescente da assistência médica, o CAC iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Cínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária (FELDMAN, et al, 2005).

O marco histórico deste movimento pela qualidade foi a partir de 1951, com a

criação da Joint Commission Accreditation of Hospitals (JCAH), fundada a partir desta ampliação da participação de outros colégios e associações norte-americanas, com a missão assistir às organizações de saúde internacionais na melhoria da qualidade e segurança. Na década de 1960, através da atuação da JCAH, os hospitais americanos conseguiram atingir os padrões mínimos preconizados inicialmente e a Joint passou a modificar o grau de exigência. Desta forma, em 1970, foi publicado o “Accreditation manual for hospital”, contendo padrões considerados ótimos de qualidade, com vistas também a processos e resultados do cuidado (GALHARDI e ESCOBAR, 2015).

Segundo Manzo, Brito e Corrêa:

[...] o Programa de Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, de forma periódica, voluntária, racionalizada, ordenadora e, principalmente, de educação continuada dos profissionais, com o intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. A Acreditação deve ser entendida, portanto, em duas dimensões. A primeira, como um processo educacional, que leva as instituições prestadoras de serviços de assistência em saúde, especialmente os profissionais de saúde, a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência, fundamental para o processo. A segunda dimensão se refere ao processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos. (2012, p.2)

No Brasil, o princípio do processo de acreditação foi ao final dos anos 80 quando a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS determinou inúmeras medidas para otimizar os parâmetros e serviços hospitalares da América Latina e que ao ser alcançado o hospital era considerado acreditado.

O “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, foi elaborado em 1998, com base no “Accreditation Manual for Hospital” norte-americano, trazendo a padronização como elemento principal para as organizações de saúde. Em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi criada, iniciando-se a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL. 2001). Trata-se de uma organização privada, sem fins lucrativos, tem como principais objetivos:

“a implantação e implementação em nível nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do processo de acreditação” (ONA, 2014, p. 10).

O Manual Brasileiro de Acreditação (2014) é um instrumento de avaliação de qualidade das instituições hospitalares, dividido em seções e subseções, que tratam respectivamente, da unidade avaliada e de seu escopo de serviço, que procuram avaliar estrutura, processo e resultado.

Os padrões exigidos e verificados na avaliação são divididos por níveis 1, 2 e 3, com seus princípios norteadores e por padrões, sendo que cada padrão representa uma definição e uma lista de verificação que permite a identificação da sua necessidade e a concordância com o padrão estabelecido:

Nível 1: Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. Princípio: Segurança.

Nível 2: Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Princípio: Organização (Processos).

Nível 3: Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise-crítica. Princípio: Excelência na Gestão (Resultados) (ONA, 2014).

Atualmente, são 242 hospitais acreditados pela ONA no Brasil, sendo 67 Acreditados (nível 1), 79 Acreditados Plenos (Nível 2) e 96 Acreditados com Excelência (Nível 3). Destes, apenas 16,92 são hospitais públicos.

Tabela 2: Total de hospitais públicos e privados acreditados pelo Sistema Nacional de Acreditação, 20 de julho de 2016.

HOSPITAIS	HOSPITAIS ACREDITADOS	%
Públicos	43	16,92
Privados	211	83,08

Fonte: ONA, Jul/2016

A partir da década de 2000, a segurança da pessoa hospitalizada entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde, pautando-se em ações,

programas e políticas com enfoque no Gerenciamento de Riscos.

2.3 O Gerenciamento de Riscos e a Segurança do Paciente.

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. Números cada vez maiores de danos causados a pessoa e o crescente número de processos judiciais relacionados a erros na assistência tem levado o governo a repensar a forma como a saúde vem se desenvolvendo no Brasil. Estudos recentes mostram que a incidência de Eventos Adversos (EAs) no Brasil é alta. A ocorrência desse tipo de incidente no País é de 7,6% (84 de 1.103), dos quais 66,7% são considerados evitáveis (ANVISA, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (ANVISA, 2013, p.2). Ainda definindo conceitos, encontra-se incidente como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde” e dano como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico” (ANVISA, 2013, p.2).

Os incidentes podem ser: incidentes sem dano, incidente com dano (evento adverso), ou *near misses*, quando um incidente poderia atingir o paciente, causando danos ou não, mas foi interceptado antes de chegar ao paciente (WHO, 2009).

As Figuras a seguir demonstram o perfil de Incidentes relacionados à saúde no Brasil no ano de 2105, segundo o tipo de unidade hospitalar, segundo a fase da assistência e segundo o tipo de incidente:

Figura 1: Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, segundo o tipo de unidade hospitalar.

Unidades Hospitalares	Número Incidentes	de	Percentual (%)
Setores de Internação	16.134		54,5
Unidade de Terapia Intensiva (adulto / pediátrica / neonatal)	8.610		29,1
Urgência / Emergência	2.101		7,1
Centro Cirúrgico	1.001		3,4
Outros	714		2,4
Sem Informação	335		1,1
Ambulatório	236		0,8
Laboratório de análises clínicas / microbiológicas / anatomia patológica	215		0,7
Radiologia	145		0,5
Hospital dia	85		0,3
Medicina Nuclear	27		0,1
Serviços de transporte	17		0,1
Total	29.620		100,0

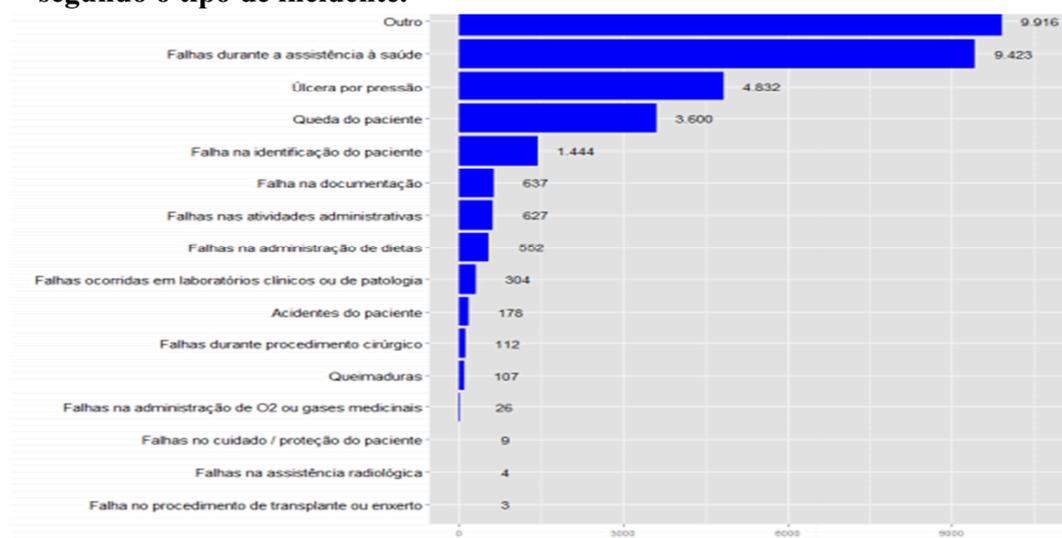
Fonte: BRASIL, 2015.

Figura 2: Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, segundo a fase da assistência.

Fase da Assistência	Número de Incidentes	Percentual (%)
Durante a prestação de cuidados (diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica)	29.725	93,6
Na admissão	831	2,6
Não estava internado	438	1,4
Na transferência para outra unidade ou para outro serviço de saúde	365	1,1
Na consulta	250	0,8
Na alta	103	0,3
No acompanhamento pós-alta	62	0,2
Total	31.774	100,0

Fonte: BRASIL, 2015

Figura 3: Número de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, segundo o tipo de incidente.



Fonte: BRASIL, 2015

Nas diversas profissões da área de saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, quer sejam inerentes ao próprio paciente de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além dos fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades (MIKA, et al, 2013).

Os erros são mais comuns do que se pode imaginar. Um evento adverso que evolui para óbito representa a ponta de um *iceberg* que esconde uma série de outros eventos adversos menores incluindo quase erros (ALVES, 2013). A cultura de segurança,

ainda pouco trabalhada nas instituições e o medo de notificar erros fazem com que haja subnotificação dos eventos, dificultando sua identificação, causando mais prejuízos evitáveis ao paciente.

Embora o movimento em prol da segurança do paciente tenha seu marco inicial no final do século XX, através da publicação do relatório do *Institute of Medicine*, nos Estados Unidos, que revelou a alta taxa de mortalidade nos Estados Unidos decorrentes de erros na assistência à saúde, muitas personalidades da área médica e de enfermagem se preocupavam com isso. Ainda no século XIX “a enfermeira inglesa Florence Nightingale, além de revolucionar a enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças dos cuidados, no sentido da melhoria da segurança do paciente, com sua análise das condições dos hospitais ingleses” (SOUZA E MENDES, 2014, p. 36)).

Além de Florence, tivemos Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), médico húngaro, que introduziu a lavagem das mãos como obrigatória na maternidade em que era responsável, reduzindo significativamente a taxa de morte por infecção após o parto e Ernest Amory Codman (1869-1940), cirurgião em Boston, que acompanhou sistematicamente os pacientes que operava, registrando e classificando os erros como falta de conhecimento ou habilidade técnica, julgamento cirúrgico, falta de cuidados ou equipamentos e falta de competências para diagnosticar (SOUZA E MENDES, 2014).

À sua época, essas personalidades não foram reconhecidas devido ao fato da cultura e sociedade em que viviam, tendo seus achados como impraticáveis para seus pares. Mais tarde, em 1984, um estudo pioneiro voltado para segurança do paciente foi desenvolvido pelo *Harvard Medical Practice Study I e II*, demonstrando que:

“os eventos adversos relacionados à assistência são comuns e inesperadamente altos em hospitais norte-americanos, acarretando danos permanentes e mortes. A partir desses dois estudos, estimou-se que cerca de 98.000 norte-americanos morrem por ano devido a erros associados à assistência à saúde, sendo estes considerados uma das principais causas de mortes nos Estados Unidos” (NEIVA E BOGUTHI, 2009, p. 491).

Retomando ao relatório feito pelo *Institute of Medicine*, nos Estados Unidos, publicado também nesta época, apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos (SILVA, 2010).

Após este estudo veio à publicação do relatório *To Err is Human*, no ano de 2000, associando a alta incidência de eventos adversos com o crescente aumento dos custos hospitalares. Segundo Sousa e Mendes (2014, p48), “essa constatação alertou os

profissionais de saúde, gestores da saúde, pacientes, organizações e decisores públicos para a dimensão do problema e dos seus custos sociais e econômicos, além do óbvio sofrimento dos pacientes e familiares”.

Desde então a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotou esta questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000. Em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas. Esta aliança tem também o objetivo de conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (ANVISA, 2013).

Dando continuidade às suas ações, em 2005 a Aliança Mundial para Segurança do Paciente estabeleceu metas que promovem melhorias específicas em áreas da assistência consideradas problemáticas e possuem elementos de mensuração peculiares que são avaliados isoladamente em relação aos seguintes padrões: identificação correta dos pacientes; melhoria na efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência; aperfeiçoamento da segurança no uso de medicações de alto risco; cirurgia segura; redução dos riscos de infecção; prevenção de queda (ANVISA, 2013).

Neste mesmo ano, a OMS lançou uma campanha para desafio da segurança do paciente, a “*Patient Safety*”, com o objetivo de “coordenar, disseminar e promover a melhoria na segurança do paciente como uma prioridade de saúde pública, procurando integrar a perspectiva do paciente e família aos seus cuidados” (SOUSA E MENDES, 2014). Mas, apesar de todas as iniciativas e diretrizes desenvolvidas, não houve redução significativa dos eventos adversos, como esperado.

Após o lançamento de outra campanha pela OMS, “*Patients for patients Safety*”, procurou-se dar a voz ao paciente e familiar, na inclusão dos mesmos para promoção da redução de ocorrência de incidentes relacionados à sua saúde. Segundo Sousa e Mendes (2014, p.49), “recomenda-se às instituições que procurem o ponto de vista do paciente nos aspectos que podem melhorar sua segurança e usem a análise das reclamações como uma forma de melhorar a prática”.

De acordo com Silva e Carvalho (2012, p.523), dentre “as principais causas da subnotificação foram apontadas a culpabilização do profissional, o medo da punição, a possibilidade de litígio e ausência de danos visíveis decorrente do erro na condição clínica do paciente, além do medo do desemprego”.

O Brasil, como um dos países que compõem esta Aliança Mundial para a

Segurança do Paciente, cujo principal propósito é instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, iniciou a discussão sobre a temática em 2002, através da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas, pela ANVISA, com participação de caráter voluntário e a finalidade de notificar queixas técnicas e eventos adversos referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (ANVISA, 2010).

Com a experiência de notificações acumulada, em 2013 lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Instituído no Brasil pela Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013, o PNSP demonstra o comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde. O PNSP tem quatro eixos: O estímulo a uma prática assistencial segura; O envolvimento do cidadão na sua segurança; A inclusão do tema no ensino e o Incremento de pesquisa sobre o tema.

As estratégias do PNSP pretendem organizar os diversos atores na condução de uma política de segurança do paciente trans-setorial que não envolva apenas os serviços de saúde, mas que englobe agentes reguladores, financiadores e formadores de recursos humanos (ALVES, 2013).

Com a consolidação do PNSP, veio a RDC 36 da Anvisa, de 25 de julho de 2013, que normatizou a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), em todas as áreas de assistência à saúde definiu suas competências, as condições para seu funcionamento, os componentes do plano de segurança do paciente e os mecanismos de monitoramento dos incidentes e eventos adversos.

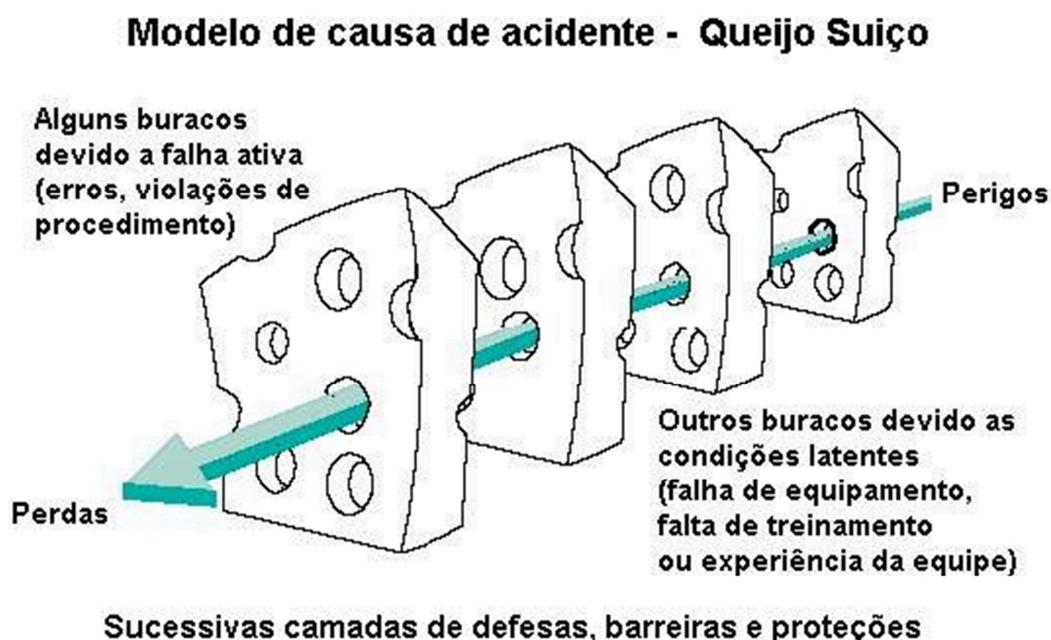
Assim, espera-se que o NSP promova as efetivas mudanças nos processos assistenciais dos serviços de saúde. Entre as características do núcleo, está o empoderamento dado ao mesmo por três mecanismos: nomeação formal dos integrantes; disponibilização de recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais e, principalmente, a participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Uma vez que, em algum momento da vida, as pessoas necessitam de assistência e procuram o sistema de saúde para receber cuidado, torna-se relevante esta crescente preocupação de autoridades e de organizações nacionais e internacionais em melhorar os níveis de confiança no sistema de saúde, através das iniciativas que visam à segurança do paciente (GOMES, 2008).

Procurar conhecer a percepção do usuário quanto ao cuidado recebido tem sido uma preocupação nas Instituições de Saúde, com o intuito de melhorar o atendimento e

assim direcionar a assistência. Para Seleglim et al. (2012), “em nosso país, a prática de ouvir o usuário necessita ser melhorada, em razão de que a sua opinião pode servir como base para direcionar processos de mudanças que visem à melhoria da qualidade dos serviços oferecidos”. Procura-se, neste contexto, a inclusão do paciente no processo de promoção de sua própria segurança, criando mais uma barreira na cadeia de prevenção de erros, segundo o modelo do queijo suíço (FIGURA 4).

Figura 4 - Modelo do Queijo Suíço de Reason.



Fonte: REASON, 2000. Human error: models and management

Segundo Wachter (2013, p. 21) “o modelo de queijo suíço de acidentes organizacionais, do psicólogo britânico James Reason, tem sido amplamente adotado como um modelo intelectual para a segurança do paciente”. Isto é, para que um erro atinja um paciente geralmente são cometidas diversas falhas da cadeia de cuidado que obriga aos formuladores das políticas de saúde, aos gestores e aos profissionais da assistência ter uma visão sistêmica do erro.

Nesse sentido, dar voz aos pacientes como forma de apreender sua percepção sobre o cuidado recebido, se torna uma importante ferramenta para a melhoria da assistência prestada. Uma estratégia que vem sendo adotada pelas instituições de saúde, para avaliar a satisfação do paciente, tem sido a Pesquisa de Satisfação do Cliente, através do qual se adquire informações que auxiliam na melhoria contínua da organização

desses serviços. A avaliação da satisfação do paciente tem sido adotada pelas instituições de saúde como estratégia para obter um conjunto de percepções relacionado à qualidade da atenção recebida, com o qual se adquire informações que beneficiam a organização desses serviços (LYU et al, 2013).

As pesquisas de satisfação em instituições de saúde começaram a ter força no Brasil na metade da década de 90, a partir do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal Brasileira, em 1988 (BRASIL, 1990). A participação popular, prevista nos artigos da Constituição, incluiu o usuário como participante ativo do seu processo de saúde-doença e nas decisões sociais.

2.4 O cuidado de enfermagem na perspectiva da Qualidade e da Segurança do Paciente

O cuidado de enfermagem sempre esteve presente no contexto hospitalar. No século XIX, enfermeiras americanas cuidavam de doentes nos hospitais basicamente cuidando da higiene pessoal, do ambiente das enfermarias e necessidades de alimentação, além da administração de medicamentos. Houve a criação de rotinas para facilitar a execução das prescrições médicas, influenciando inclusive estes profissionais a cuidarem dos doentes no hospital e não em casa. Assim, no campo hospitalar, a enfermagem encontrou seu lugar, simbolizando uma moderna solução para os problemas do cuidar de pessoas, embora ainda como atividade doméstica (OGUISSO e CAMPOS, 2013).

A partir da atuação de Florence Nightingale, a preocupação com uma assistência de qualidade se despontou, através de suas práticas voltadas para o bom cuidado dispensado aos pacientes vítimas da Guerra da Criméia (1853 a 1856), desenvolvendo princípios filosóficos como a preocupação com o meio ambiente, condições de limpeza, iluminação, odor, calor, ruídos e sistemas de esgoto (LEOPARD, 1999).

Após esta iniciativa de Florence, muito se progrediu mundialmente na área de qualidade da assistência e segurança do paciente, com a participação de diversas organizações e profissões. Para não ficar à margem diante desse cenário, a Enfermagem vem se estruturando em entidades que fomentam lapidar a segurança do paciente. Entre as quais, pode-se frisar a criação, em 2008, da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (BRASIL, 2013).

A Enfermagem, como parte integrante da equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar, caracteriza-se pela presença constante no cotidiano da existência humana, atuante desde procedimentos mínimos como o estímulo às necessidades fisiológicas, até nas mais complexas, como a manutenção da vida em contextos de intenso cuidado

(GOMES E SANTO, 2013).

Segundo Mello e Barbosa (2013, p. 1126):

A prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação à segurança do paciente, sendo necessário que o trabalho se desenvolva em ambientes cuja filosofia e recursos promovam e sustentem melhorias contínuas.

O compromisso ético e profissional da Enfermagem em realizar os procedimentos seguros e adequados às necessidades dos pacientes hospitalizados, objetivando alcançar os melhores resultados, são princípios que qualificam o cuidado de enfermagem e o diferenciam dos demais (ROSA et al, 2015).

A segurança é uma importante dimensão da qualidade, definida como o direito das pessoas de terem o “risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável” (ANVISA, 2013).

Todavia a segurança do paciente é uma responsabilidade legal da enfermagem em garantia a atenção integral do cuidado. Ao que tange o cuidado em enfermagem, caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. É fato que a situação de erro poderá ocorrer no cotidiano do cuidado de enfermagem seja por imperícias, negligências, imprudências, omissões e que esses erros, muitas vezes, independem da excelência da qualificação do profissional da saúde (WACHTER, 2010).

A Enfermagem está diretamente relacionada à realização de eventos que estão associados à ocorrência de erros na prática em saúde, visto que é a profissão que mais se aproxima e está presente na vivência de hospitalização dos pacientes. Assim, Lima et al (2014, p.315) dizem que “a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, e embasada em atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro”. A qualidade associada à segurança passa a ser estratégia essencial para a excelência do cuidado a ser prestado.

Como parte atuante da equipe multiprofissional na assistência ao paciente, a enfermagem sempre se ocupou de ações voltadas para a prevenção de riscos, através da elaboração e aplicação de bundles, protocolos e Diagnósticos de Enfermagem voltados para esta temática.

A incorporação de novas tecnologias na assistência associado à sobrecarga de trabalho tem distanciado cada vez mais o profissional da relação com o paciente. Segundo Salvador et al (2012, p.112), “não adianta dispor de alta tecnologia para o

desenvolvimento da assistência, se não possuir um mínimo de humanização, pois a interação entre a tecnologia e a humanização deve estar sempre presente, sem esses elementos o cuidado se torna fragmentado”.

A enfermagem, ao prestar cuidado a pacientes hospitalizados deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano. Nesse sentido, para Freitas et al (2014) é necessário ouvir o que os pacientes têm para relatar sobre o cuidado que lhe é prestado e sobre sua satisfação, na tentativa de se estabelecer um cuidado singular e de qualidade, sendo também uma chance de construção de um indicador de resultado que aponte aos gestores alguns caminhos decisórios de transformações e inovações.

III REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METÓDICO

Ao buscar subsídios teóricos e metodológicos que abarcassem a temática do projeto de pesquisa que alavancou este estudo, encontrei na filosofia o horizonte de possibilidades que ajudou a elucidar a subjetividade do objeto estudado. A fenomenologia de Martin Heidegger me aventou a possibilidade de iniciar o desvelar do fenômeno em investigação.

“A filosofia permeia nossas vidas ao longo do tempo, mesmo que não percebamos claramente, constantemente adotamos atitude filosófica ao contemplar a vida cotidiana e a nós mesmos, passamos assim, a indagar nossas crenças, sentimentos e a nossa existência” (CARRARO et al, 2011, p. 2)

Segundo Araújo et al, (2012, p. 389), “a filosofia consiste, portanto, em buscar a verdade, assim como em questionar e desvelar os fatos, analisando-os. É aprender a olhar o mundo e as pessoas com mais cuidado e responsabilidade, procurando compreender suas atitudes individual e coletivamente”.

A Fenomenologia se respalda na filosofia e “como corrente de pensamento, focaliza o sentido das vivências para as pessoas, por meio do preenchimento significativo do objeto conhecido” (CAPALBO, 1994, p. 193). Surgiu no começo do século XX, na Alemanha, a partir das ideias e concepções do matemático e filósofo Edmund Husserl (1859-1938). “Husserl propôs a fenomenologia enquanto pensamento que vislumbra centralmente a pessoa humana, contrapondo, corajosamente, as ciências naturais” (FURLAN, 2008, p. 31).

Husserl iniciou sua aproximação com a filosofia no final do século XIX, quando a ciência alicerçada pelo positivismo encontrava-se em crise, mediante a interrogação de seu alcance. Assim, se aproximou de Franz Brentano, filósofo, que “propunha um novo método de conhecimento do psiquismo, explorando o campo da consciência e sua relação com o objeto, e já distinguia os fenômenos psíquicos, que comportam uma intencionalidade, dos fenômenos físicos” (CORRÊA, 1997, p. 84).

Para Capalbo (1984, p. 136).

“o lema de Husserl ‘volta às coisas nelas mesmas’ é uma tentativa de aproximação às coisas sem preconceitos ou pressupostos interpretativos. Assim Husserl define a fenomenologia como ‘ciência dos fenômenos’, sendo fenômeno compreendido como o que é imediatamente dado em si mesmo à consciência”.

O pensamento fenomenológico husserliano influenciou outro jovem filósofo, que foi seu aluno, Martin Heidegger (1889-1976), o qual deu continuidade na elaboração dos

pensamentos da fenomenologia existencial. Heidegger representa um dos mais importantes pensadores da Alemanha do século XX. Sua obra de maior relevância, *Ser e o Tempo*, foi publicada no ano de 1927. Filho único, de uma família fortemente ligada ao catolicismo chegou a ingressar na formação eclesiástica na Faculdade de Teologia de Friburgo em 1909 (QUEIROZ E GARANHANI, 2012).

Porém, em 1919, Heidegger deixa os estudos religiosos e “segue a carreira filosófica formal na Universidade de Friburgo, onde ganha visibilidade no desenvolver de seus pensamentos, chamados por alguns de ‘corrente ontologista’” (OLIVEIRA E CARRARO, 2011, p. 377)

Segundo Almeida (2014, p.198), “é fundamental compreender que Heidegger recorrerá à fenomenologia como o método do autêntico pensar. A fenomenologia é propriamente o apelo de volta às coisas em si mesmas”. Ainda para este pesquisador,

“a noção de fenômeno e de fenomenologia está relacionada com sua concepção de verdade. Ele compreendia a verdade como um desocultamento ou de des-cobrimto do ente e de seu ser. Para Heidegger este é o verdadeiro sentido do fenômeno da verdade” (2015, p.202).

Em 1927 o filósofo lança sua principal obra, *Ser e Tempo*, que marcou a história da fenomenologia. Para Anéas e Ayres (2011) a obra de Martin Heidegger,

“desconstrói o saber metafísico tradicional e a ontologia em que este está fundamentado, construindo sua ontologia fundamental, que tem, como base, o questionamento sobre a questão do ser a partir da crítica ao modo como a filosofia tem desenvolvido a reflexão sobre esta questão”(p. 651).

Seibt(2012) enfatiza esta nova concepção fenomenológica, colocando “a importância da fenomenologia hermenêutica, muito mais do que uma construção teórica, é a constatação da finitude, historicidade, facticidade do ser humano. Ela conquista para ele um novo modo de estar no mundo e no meio dos entes”.

Segundo Carvalho (1987, p.987),

“as reflexões que se referenciam pelo método fenomenológico devem incluir a possibilidade de olhar as coisas, como se manifestam. Assim sendo, a fenomenologia não procura somente as condições sobre as quais o juízo é verdade, e sim, o sentido que funda o comportamento do indivíduo quando ele ama, sente felicidade, adoece, vive”.

Nesta perspectiva, Heidegger desenvolve seus sentidos para as palavras, dentre elas *Ser*, que para ele é, em última instância, transcender. Existir é estar no mundo. Portanto, pode-se concluir que a maioria apenas existe, isto é, se encontra no mundo sem ser. Segundo sua filosofia, só a análise da existência pode conduzir à compreensão do ser e sendo à existência finita, ela deve ser sentida como “*Ser para a morte*” (SLEUTJES,

2011).

Desta forma, nas investigações fenomenológicas, à luz de Martin Heidegger, o que se busca é o que está velado, o que não está à mostra, mas que pode ser desvelado, se procurado como o sentido ou a direção do ser (SALIMENA *et al*, 2015). Assim, fenomenologia heideggeriana coloca-se como o método mais apropriado para compreensão do fenômeno a partir do ser, pois é este ser que dará as respostas e permitirá compreender facetas do significado da internação e da segurança da assistência para os pacientes hospitalizados.

Para que o ser se revele é indispensável que o ente seja capaz de percebê-lo e sendo isso possível apenas ao homem, apesar de outros entes existirem, eles apenas são ao passo que o homem é o único ente que existe e está aberto às manifestações do ser (DANTAS, 2011).

O fenômeno é o que se mostra a si mesmo tal como é, se apresenta no método fenomenológico como o objeto da investigação e como principal instrumento de conhecimento. Este método adota a intuição, já que de acordo com Husserl, as essências são dadas intuitivamente. O fenômeno, para Husserl, não é necessariamente coisas, mas qualquer fato seja de natureza psicológica ou física, desde que seja observado e contemplado por uma consciência (Barreto e Moreira, 2000).

Para Monteiro et al (2006):

“Heidegger indica que as coisas só acontecem, só se mostram, só se anunciam na presença do ser-aí, o qual chama de Dasein, naquilo que separa o homem de outros entes, e que esta presença é uma condição de mundo, é sempre uma abertura de mundo. Dasein está aberto a possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida, a fim de alcançar sua existência autêntica” 2006, p.299).

Neste contexto, com a intenção de compreender a dimensão existencial, os pensamentos heideggerianos favorecem o elucidar do sentido do ser a partir da descrição de quem vivencia o fenômeno, sendo possível assim, compreender o significado e desvelar os sentidos da pessoa hospitalizada na vivência da internação e na perspectiva da segurança da assistência.

IV CAMINHOS DO ESTUDO

Para o desenvolvimento deste estudo optou-se por utilizar a metodologia de natureza qualitativa como forma de alcançar objetivo. O estudo foi pautado na fenomenologia valendo-se do referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Portanto, realizou-se a análise por meio de leituras atentas a fim de evidenciar as estruturas essenciais e posterior organização das unidades de significado que expressassem os sentidos do ser-aí-paciente frente à vivência de hospitalização, na perspectiva da segurança da assistência. Para Salimena *et al.* (2015, p.310), “Heidegger desenvolveu um pensamento e um método próprios de interpretação e análise, na busca de compreender os entes dotados do ser da presença e o seu sentido de ser em sua existência”.

Para que fosse desenvolvido, foi solicitada sua autorização a Diretora da Faculdade de Enfermagem, ao Diretor Geral do Hospital Regional João Penido (ANEXO I) e a enfermeira Responsável Técnica do hospital em que a entrevista aconteceu (ANEXO II). O projeto de pesquisa foi registrado a Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, atendendo as questões éticas, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e foi deferido pelo Parecer de número 1.404.545.

4.1 Cenário

O cenário foi um Hospital Geral Público de médio porte, situado em uma cidade da Zona da Mata Mineira. O hospital foi construído em 1948 como um Sanatório para absorver a demanda de pacientes portadores de Tuberculose com a capacidade operacional, na época, de 360 leitos. Em 1983, deixou de ser um sanatório de tratamento de tuberculose para se tornar um hospital geral. Atende exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para a região metropolitana da cidade e atualmente conta com 221 leitos de internação. Em 2013 o Hospital recebeu a certificação da Acreditação Hospitalar em nível 2 por uma instituição acreditadora credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Em Março de 2016 iniciei minhas entrevistas e estas ocorreram no período de dois meses.

4.2 Depoentes:

Para desvelar os sentidos do ser-aí-paciente na vivência de hospitalização frente a segurança da assistência, busquei como depoentes pacientes internados de ambos os sexos, hospitalizados nas especialidades de clínica médica e cirúrgica.

A seleção dos participantes se deu de modo intencional, após ter acesso ao Mapa de Leitos da enfermaria, disponibilizados pelos enfermeiros plantonistas, para identificar os pacientes que tinham o período de internação superior a 48 horas. Sendo assim, selecionei os pacientes que estavam de acordo com os critérios de inclusão, a saber: estar hospitalizado nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, internado no mínimo há dois dias, ter idade igual ou superior a 18 anos e de ambos os sexos.

Após a abordagem do estudo e sua importância, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa. O número de depoentes não foi predeterminado, pois em estudos fenomenológicos, busca-se a essência do que se mostra, sem se preocupar com o quantitativo, adequando à suficiência das entrevistas (BOEMER, 1994). Assim, foram entrevistados 11 pacientes hospitalizados, sendo que 2 se recusaram a participar da pesquisa; um deles alegou estar sentindo dor no momento da abordagem e outro não quis se justificar. As entrevistas cessaram-se na medida em que observei a aproximação das falas, o que ocorreu ao longo da etapa de campo.

A entrevista foi desenvolvida durante encontros, no próprio leito do paciente, devido às limitações de locomoção que os mesmos apresentavam, em um momento singular entre a pesquisadora e o depoente. Inicialmente, achei que o fato da entrevista se dar na presença de acompanhante ou outro paciente na enfermaria seria um fato dificultador, porém, com o avançar da coleta das informações percebi que este era um fato irrelevante, pois que a presença de outra pessoa dentro da enfermaria mostrava-se como fator positivo no período de hospitalização. Para acessar o ser, posicionei-me face a face com o paciente, sentada em uma cadeira ao lado do leito.

A coleta de informações se deu por meio da técnica de entrevista aberta, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão em seu depoimento sem se prender a indagação formulada (TRIVIÑOS, 2008.).

Inicialmente, iniciei a descrição dos depoentes, como: sexo, idade, religião, estado civil, se trabalha, tempo de hospitalização e especialidade médica internada (APENDICE B). Posteriormente, a entrevista foi norteada pelas questões: 1) como está sendo a sua vivência de internação? Como você percebe as ações voltadas para a segurança com o seu cuidado? Você gostaria de falar mais alguma coisa?

Os depoimentos foram gravados em mídia digital (iphone), sendo explicado aos participantes que a gravação se dava apenas por necessidade de transcrição das entrevistas e o gravador foi posicionado de modo a não ficar na posição visual do paciente, com a intenção de deixar-lhe mais a vontade. Posteriormente, foram copiados em CD e serão arquivados por um período de cinco anos, assim como outros registros gerados durante a pesquisa.

Em alguns momentos, precisei retomar algumas palavras dos depoentes, para que estes continuassem o depoimento, de forma a explorar o significado atribuído ao fenômeno e como forma de demonstrar atenção ao que se falava.

Além da técnica da entrevista aberta, foi utilizado também o diário de campo, onde as expressões não verbais dos participantes, expressas em gestos ou expressões, foram registradas cuidadosamente após cada entrevista.

4.3 Movimentos da Etapa de Campo:

Por se tratar de uma investigação desenvolvida na instituição em que trabalho, a aproximação com o campo e ambiência foram facilitadas. Porém, foi necessário deixar os aspectos relativos à atuação como enfermeira assistencial, para entrar em campo como enfermeira pesquisadora, fato que dificultou um pouco esta etapa. Para Salimena *et al.* (2015),

“deve-se também, inicialmente, recusar as pré-concepções sobre a natureza do fenômeno que se está investigando e solicitar que os participantes descrevam, em sua linguagem própria, como estão experimentando/vivenciando determinada situação implicada no objeto ou questão de estudo” (p.312).

Assim, o desafio maior foi colocar em suspensão todo o período em que trabalhei na implantação do Núcleo de Segurança do Paciente no hospital, para dar ouvidos ao depoimento dos pacientes, sem intervir nas respostas.

Os encontros aconteceram nas enfermarias Masculina II e Feminina, a partir da apresentação inicial da pesquisa aos enfermeiros de plantão e sua posterior autorização. Foi escolhido o horário entre 10h e 11h30min e de 13h e 15h, de forma a não interferir na rotina do setor e horário de visitas. Após o consentimento em participar do estudo, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para sua assinatura, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde BRASIL, (2012), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Este termo de consentimento foi assinado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para o participante, explicitando que se tratar de uma pesquisa de risco mínimo, por apenas coletar os depoimentos e garantia do anonimato, visando proteger sua privacidade.

4.4 Caminho percorrido da entrevista à sua análise:

As entrevistas foram registradas e codificadas, identificadas com a letra E, acrescidas de numeração que vão de 1 a 11, de acordo com a ordem de realização, a fim

de garantir o anonimato dos participantes. Após cada encontro, o depoimento foi transcrito, ouvido, lido e relido, para garantir a fiel expressão dos depoentes. Além disso, foram considerados os registros realizados no diário de campo que contribuíram para a compreensão dos significados expressos pelos pacientes e captação das estruturas essenciais, caminhando para o movimento analítico hermenêutico proposto por Heidegger (2014).

No primeiro momento metódico, que Heidegger denomina compreensão vaga e mediana, buscou-se explicitar o *ser* do *ente*, ou seja, como o paciente compreendeu os sentidos de do paciente na vivência de hospitalização, na perspectiva da segurança da assistência, sem se preocupar em interpretar lhe o sentido (HEIDEGGER, 2014).

Desse modo, utilizando-se a cromatologia, expressões e palavras que os pacientes mais citaram, de acordo com o objeto deste estudo, foram marcados com cores diferentes, de acordo com a proximidade das falas, seguidas dos trechos relacionados. Emergiram 5 estruturas essenciais, deixando-se de lado as ocasionais.

Após a realização desse movimento, foi possível construir as Unidades de Significação (US), que se constitui da síntese dos significados expressos pelo *modo-de-ser* em sua *cotidianidade* do paciente hospitalizado. O caput (o enunciadas US) foi criado a partir das falas dos depoentes, o que proporcionou uma aproximação com a sua vivência. Nesse momento, ainda estamos na esfera ôntica do ser, na dimensão dos fatos, explicitada através dos significados atribuídos pelos pacientes.

O fio condutor, que emerge da interseção das Unidades de Significados, estrutura o conceito de ser da pessoa hospitalizada na vivência da internação e na perspectiva da segurança da assistência. Este conceito, para Heidegger (2014),

“é à luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nele inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser”. (p. 57)

Em seguida, fui para o segundo momento metódico, a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Ao explorar a dimensão ontológica, que se desvela a partir da visão prévia dos significados, encontramos o mostrar-se do ser, através de sua *pre-sença*, que expressa o *ser* ao ser questionado (SALIMENA, *et al.*, 2015). Encontra-se nesse momento, a instância de possibilidades de desvelamento do fenômeno.

V ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1 A Historiografia e o modo como os depoentes se apresentaram durante o encontro

A descrição dos participantes nas pesquisas qualitativas, de um modo geral, é relatada a partir das informações objetivas através do acesso a documentos no cenário de estudo e/ou por respostas do próprio participante. Porém, na abordagem fenomenológica à luz de Martin Heidegger esta caracterização é contemplada na historiografia que favorece a historicidade e que vai além das informações objetivas, apreciando o mostrar-se do participante que anuncia o seu quem (SILVA, 2015).

Para a realização da historiografia, foram colhidas informações reveladas pelos próprios depoentes, como sexo, idade, religião, estado civil, se trabalha, tempo de hospitalização e especialidade médica internada.

Neste estudo, não me aprofundi nas questões da historicidade revelada dos depoentes, pois que exigia um movimento maior de compreensão do quem. Assim, me ative à descrição do modo como os participantes se apresentaram durante o encontro fenomenológico, que julguei mais pertinente para o momento.

O Quadro 1 representa a caracterização dos depoentes participantes do estudo e encontra-se descrito na historiografia a seguir.

Quadro 1: Caracterização dos depoentes.

DEPOENTE	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	TRABALHO	TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO	ESPECIALIDADE
1	FEM	39	EVANGÉLICA	1º GRAU INCOMPL	DIVORCIADA	NÃO	40 DIAS	CLÍNICA MÉDICA
2	FEM	25	EVANGÉLICA	2º GRAU INCOMPL	SOLTEIRA	NÃO	5 DIAS	CIRURGIA GERAL
3	MAS	56	ESPÍRITA	SUPERIOR COMPLETO	VIÚVO	SIM	2 DIAS	CIRURGIA GERAL
4	MAS	28	CATÓLICO	2º GRAU COMPLETO	CASADO	SIM	7 DIAS	CLÍNICA MÉDICA
5	MAS	63	CATÓLICO	1º GRAU INCOMPL	VIÚVO	SIM	5 DIAS	CIRURGIA GERAL
6	MAS	36	EVANGÉLICO	1º GRAU COMPLETO	SOLTEIRO	SIM	32 DIAS	CLÍNICA MÉDICA
7	FEM	59	CATÓLICA	2º GRAU COMPLETO	SOLTEIRA	SIM	13 DIAS	CIRURGIA GERAL
8	FEM	35	TESTEMUNHA DE JEOVÁ	2º GRAU COMPLETO	UNIÃO ESTÁVEL	NÃO	5 DIAS	CIRURGIA GERAL
9	FEM	62	CATÓLICA	1º GRAU INCOMPL	CASADA	NÃO	5 DIAS	CIRURGIA GERAL
10	MAS	27	CATÓLICO	1 GRAU COMPLETO	CASADO	SIM	5 DIAS	CIRURGIA GERAL
11	MAS	62	CATÓLICO	2º GRAU COMPLETO	SOLTEIRO	SIM	20 DIAS	CLÍNICA MÉDICA

Fonte: GARCIA e SALIMENA, 2016.

E 1 do sexo feminino, com 39 anos, evangélica, cursou 1º grau incompleto,

divorciada, aposentada por invalidez, estava há 40 dias internada nas especialidade da Clínica Médica. Ao ser abordada se mostrou receptiva e recebeu-me com um enorme sorriso. Pediu-me para que a entrevista ocorresse no próprio leito, já que estava com um aparato instalado em seu corpo (acesso central e sonda nasoentérica). Foi logo me dizendo que o hospital era ótimo e refez sua trajetória de interação desde antes de sua admissão no hospital até o dia da entrevista. Afirmava que se sente bem cuidada e segura no hospital. Em alguns momentos, seu sorriso desaparecia e um olhar franzido surgia, ao falar da família. Mas, logo tratava de falar experiências boas, como a amizade que fez com a colega de quarto. Ao final do encontro, curiosamente, ela disse que desejava que este estudo contribuísse para o atendimento nos hospitais públicos e que se sentia importante em participar da entrevista.

E 2 do sexo feminino, com 25 anos, evangélica, cursou o 2º grau incompleto, solteira, mas fez questão de afirmar que possui um companheiro, não trabalha, estava há 5 dias internada na especialidade de Cirurgia Geral. Apesar de se apresentar com uma voz baixa e respiração um pouco ofegante, quis participar da entrevista. Apresentava-se restrita ao leito por conta da cirurgia que fez há dois dias e instalação de dois drenos no abdome. Disse-me que não gostava de ficar internada, mas que estava feliz com as amizades feitas durante este período e que estas eram muito importantes para ajudá-la na recuperação, que sentia saudade da família. Durante a entrevista, permaneceu o tempo todo puxando o laço do vestido, com o olhar para a companheira de quarto.

E 3 do sexo masculino, tinha 56 anos, espírita, cursou nível superior completo, viúvo, trabalhava na secretaria de transporte de sua cidade, estava internado há 2 dias, aos cuidados da Cirurgia Geral. Ao aceitar participar da entrevista, foi logo me dizendo o quão é importante os estudos na saúde, para melhoria das condições de atendimento aos pacientes. Estava com sua filha de acompanhante e me disse que ela iria embora no dia seguinte porque as regras do hospital só permitiram sua presença no pós operatório. Ele relatou que a presença da filha lhe dava certo conforto por saber que havia alguém ali, naquele momento com ele; segurou a sua mão durante todo o depoimento.

E 4 do sexo masculino, de 28 anos, católico, cursou o 2º grau completo, casado, trabalhava na construção civil, estava internado há 7 dias na Clínica Médica. Aceitou participar da entrevista, mas disse-me que estava sentindo dor. Perguntei se ele já havia sido medicado e me disse imediatamente que sim, que ali eles cuidavam dele muito bem. Iniciou a entrevista com o olhar franzido sem me olhar nos olhos, porém, ao descrever sua vivência, foi modificando sua expressão e chegou a sorrir, ao dizer-me que se não fosse o hospital, ele poderia estar morto naquele momento.

E 5 era do sexo masculino, 63 anos, católico, cursou o 2º grau completo, viúvo,

trabalha com negócios, estava internado há 5 dias, pela Cirurgia Geral. Falante, dividia a enfermaria com outro paciente com o qual relatou bastante companheirismo durante a internação. Disse-me que fez cirurgia há 4 dias e que ficou bastante debilitado no pós operatório, chegando a ficar no CTI por um dia. Queixou-se da dificuldade e demora na transferência do local onde foi atendido primeiro para o hospital, dizendo que isso lhe causou grandes transtornos. Permaneceu sentado em uma cadeira durante toda a entrevista e levantava-se apenas para me demonstrar as dificuldades encontradas para ir ao banheiro e alimentar-se.

E 6, do sexo masculino, 36 anos, evangélico, cursou o 1º grau completo, solteiro, taxista, estava internado há 36 dias aos cuidados da Clínica Médica. Não precisei realizar a abordagem inicial para a realização da entrevista, pois fez questão de participar ao me observar conversando com seu colega de quarto. Durante o encontro fenomenológico, permaneceu sentado no leito, com as pernas cruzadas, esfregando as mãos uma na outra. Ao relatar sua vivência, gesticulava bastante e disse que tinha muitas observações a fazer por estar a tanto tempo internado.

E 7, do sexo feminino, de 59 anos, católica, cursou o 2º grau completo, solteira, técnica de enfermagem, estava hospitalizada há 13 dias para Cirurgia Geral. Disse que se sentia muito a vontade para participar, pois apesar da idade, foi a primeira vez que internava. Informou que fez cirurgia para retirada da vesícula há 5 dias e que foi interessante vivenciar “o outro lado da moeda”, referindo-se a ser paciente e não profissional de saúde naquele momento. Disse que nesse momento é que se deu conta da importância de sua profissão. Estava com sua irmã de acompanhante que permaneceu no hospital após a realização da cirurgia.

E 8 do sexo feminino, de 35 anos, testemunha de Jeová, cursou o 2º grau incompleto, em união estável com companheiro, do lar, estava internada há 5 dias para a Cirurgia Geral. Disse-me estar apreensiva por ter internado para fazer cirurgia de retirada de vesícula, mas que até o momento ainda não tinha feito. Durante a entrevista, permaneceu com um livro bíblico que estava lendo nas mãos, marcando a página em que parou a leitura. Com os olhos cheios de lágrimas, disse-me que não estava recebendo visitas, já que mora em outra cidade e seu companheiro trabalha, mas que tinha bastante fé de que tudo daria certo.

E 9 do sexo feminino, 62 anos, católica, cursou o 1º grau incompleto, casada, do lar, internada há 5 dias para a Cirurgia Geral. Era uma senhora de poucas palavras e estava acompanhada da filha, que permaneceu com ela durante toda a internação. Ao ser convidada para participar da entrevista, perguntou à sua filha se ela podia e a mesma fez um sinal com a cabeça, dizendo que sim. Durante o depoimento, manteve seu olhar nesta

filha, sempre buscando a aprovação do que falava. Um acesso venoso na veia jugular externa dificultava sua movimentação e a mesma relatou que a instalação deste acesso foi um fato que lhe causou grande transtorno.

E 10, do sexo masculino, 27 anos, católico, cursou o 1º grau completo, casado, trabalhador da zona rural, estava internado há 5 dias, aos cuidados da Cirurgia Geral. Acompanhado do sogro, pois encontrava-se restrito ao leito e com drenos no abdome, por conta da cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal que havia feito há 3 dias. Apresentava um jeito simples de falar e colocava Deus sempre em suas expressões. Contou-me comovido de sua história de saúde, há quase um ano vem lutando para esta cirurgia após ter sido atingido por uma arma de fogo no abdome. Disse-me que este momento era importante pois “estava colocando tudo no lugar”.

E 11, do sexo masculino, 62 anos, católico, cursou o 2º grau completo, solteiro, porteiro, estava internado há 20 dias aos cuidados da Clínica Médica. Este último depoente me chamou bastante atenção, uma vez que se apresentou bastante observador, descrevendo toda a rotina do setor ao seu modo de ver. Sempre sorridente, não se importou por estar aguardando transferência para outro hospital, relatando-me que neste não havia tratamento da especialidade a que foi encaminhado (cirurgia vascular). Disse estar confiante e elogiou o hospital pois entrou com um problema de saúde e detectaram outro, demonstrando cuidado com sua saúde.

5.2 Compreensão vaga e mediana: significados da vivência da internação para a pessoa hospitalizada na perspectiva da segurança da assistência – 1º momento metódico

Nesse momento, trazemos como a pessoa hospitalizada significou a vivência de internação e a segurança da assistência, sem realizar interpretações sobre os sentidos, valendo-se sempre da redução dos pressupostos. Para isso, realizei uma imersão nos depoimentos e diário de campo, que traz nos gestos e nos silêncios, melhor aproximação com o “quem” dos depoentes.

Após essa imersão, foi possível identificar as estruturas essenciais contidas nos depoimentos, que fizeram emergir a compreensão dos significados, ou seja, a explicitação do ser do ente. Para Heidegger (2014, p.54), “essenciais são as estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática”. Assim, é o próprio paciente hospitalizado que significa a vivência da hospitalização frente à segurança, numa possibilidade de desvelamento de sentido do ser, que abre caminhos para o segundo momento metódico, em que se desenvolve a interpretação compreensiva.

Assim, as estruturas essenciais foram agrupadas em Unidades de Significação (US), compondo o discurso fenomenológico, demonstrando que a vivência de hospitalização e segurança da assistência para os pacientes, significou:

US: Estar hospitalizado é estar longe da família, ser bem atendido, com cuidado e carinho e ter a ajuda do colega de quarto é importante.

US: Segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos, preocupados com a higiene, é tomar os remédios na hora certa, é ter equipamentos funcionando e receber as informações corretas da forma pela qual tem que tratar.

US: Estar hospitalizado é estar longe da família, ser bem atendido, com cuidado e carinho e ter a ajuda do colega de quarto é importante.

“Então assim, tô com muita saudade de casa né, mas eles conforta a gente, eles passam carinho especial pra gente, eles tem cuidado com alimentação, eles tem cuidado com, com seu bem humor. teve um dia que ela (a médica) chegou aqui uma hora da manhã né, pra tirar um cateter da minha coluna, porque tinha dado uma infecção né, e ela fez isso com muito cuidado e muito carinho. Então, prá mim, isso é muito importante. Eu tive pobrema aqui, assim, eu não tive, minha colega aqui tem pobrema com uma né, falando do peso dela. Aí eu não me senti bem né, ouvir uma enfermeira falar isso, porque se eu estivesse na situação dela, porque eu também sou obesa e poderia passar por essa situação”.

(E1)

“To triste porque já to longe da minha família, dos meus filho, do meu esposo desde o dia que eu cheguei, sempre me trataram bem. Tem alguns também que parece que sai mal humorado né, né de casa, e chega aqui e desconta na gente, entendeu? Mas a maioria deles são tudo boa as pessoas. Só ontem que teve um episódio da enfermeira pegou. Eu pedi ela pra trocar e ela veio com ignorância pro meu lado, que ela já tinha trocado. Se eu falei que não tava bom é porque tava reclamando, aí quando pensa que não a pessoa chega, com ignorância, aí piora mais ainda a situação que já ta, aí eu entro em, como posso te falar? Em uma tristeza profunda. As outras enfermeiras, cuida sempre com cuidado, nunca desfizeram de mim não, sempre me trataram muito bem. Foi só uma mesmo. Eu to conhecendo muitas pessoas nova, fazendo novas amizades, conhecendo as pessoas novas aqui no quarto, pelas amizade sim, pelas amizades que eu to fazendo sim”.

(E2)

“É, desde que eu cheguei aqui eu não posso reclamar, tô sendo bem tratado. A gente vê que as pessoas aqui são atenciosas e se desdobram né, o hospital, dentro das possibilidades eles tentam tratar a gente da forma mais humana possível. Ontem mesmo a minha filha ficou e não tinha nada pra ela ficar. Aí conseguiram uma cadeira, mas eles tiveram o cuidado de procurar uma cadeira, até que é certo confortável. Eu ontem fiquei com acompanhante, com a minha filha, porque estava pós operado, mas hoje não vai poder ficar porque eu tenho consciência de que aqui, o hospital tem regras, o acompanhante dá uma segurança maior, entendeu? Aqui um ajuda o outro... Tem um colega também que tem 57, eu ajudo ele, ele ajuda a gente quando há necessidade... Aqui a gente compensa essa ajuda”. (E3)

“Me sinto bem aqui, sou bem tratado... cuidado, cuidar eles cuida bem né, igual eu falei, sou bem tratado...”(E4)

“Eu só quero ser bem atendido e saber que o funcionamento é bom (...) quando se trata das pessoas, tem até uma parte humana muito boa, tem parte ruim também. Eu acho que teria que ter mais assim, um calor humano, assim de chegar toda hora e perguntar ‘ou, você precisa de alguma coisa?’ A gente fica muito sozinho... Muito tempo sozinho sem ninguém. E meu colega aqui do lado que me ajudava. Quer dizer, ele, com o quadro ainda indefinido que me levava no banheiro e me ajudava”. (E5)

“Tanto os enfermeiros quanto os médicos são muito bem, é, atenciosos, carinhosos também, tudo que eu precisei eles atenderam rapidamente. Podia ter um, um enfermeiro, pelo menos pra passar na porta aqui, de meia em meia hora aqui, só pra ‘tá tudo bem aí, tá precisando de alguma coisa, uma água? A cama dele não foi trocada até agora, entendeu? Meu colega aqui que me ajudou. Ele, quando ele chegou aqui, eu mesmo que ajudava ele. Ele falava ‘eu to passando mal, eu to isso, to aquilo’, toda hora eu ia lá, abaixava cadeira, subia cadeira, ajudava no banheiro, entendeu?”(E6)

“Fui bem recebida, né, que a gente vê falar assim da, do que tá acontecendo assim no dia a dia das outras cidades, falta de atendimento, a pessoa vai na porta e não é atendida naquele momento... Ainda tem locais e profissionais ainda de bom atendimento. No princípio eu fiquei muito ansiosa, a minha pressão descontrolou, porque a gente quer ver tudo resolvido... Mas, assim, depois fui me tranquilizando né, a gente vai conversando com os outros pacientes, os profissionais dá força a

gente também. Então vai tirando aquela mentalidade, a preocupação vai um pouquinho... diminuindo, diminuindo”. (E7)

“Pra mim tá sendo bom né, porque tipo assim, o cuidado que eu tenho aqui dentro. São sempre assim, como eu falei né, são bem atenciosos”. (E8)

“Olha eu fico meio ansioso porque a gente larga os familiares, a família da gente em casa, aí a gente fica meio ansioso ele tá aqui de acompanhante comigo e tá achando muito bom”. (E10)

“Eles são muito atenciosos, muito atenciosos. Tem funcionário aí que eu adoro. Tem da noite né, que eu adoro também. Eles conversa com a gente, tem carinho com a gente, inclusive eu já estou até bom”.(E11)

Ao significar a vivência de hospitalização, os pacientes referem que estar longe de casa e da família causa tristeza, angústia e ansiedade, mas que a atenção e o carinho da equipe, em especial dos médicos e enfermeiros, fazem com que eles se sintam bem atendidos. Relatam que se sentem um pouco sozinhos, sinalizando a necessidade de um profissional para passar mais vezes no quarto, mas que ter a presença de acompanhante ou outros colegas de quarto é importante, compensando este cuidado.

O cuidado e o carinho dos médicos e enfermeiros são muito importantes para os pacientes durante a hospitalização, a ponto de causar conforto e superação por estarem fora de casa. Ser bem atendido para eles, é ser bem tratado, é ter a atenção dos profissionais, é saber que o funcionamento é bom, apesar de entenderem que os profissionais se desdobram dentro das possibilidades do hospital, para trata-los da forma mais humana possível.

Atender prontamente as necessidades dos pacientes reflete na caracterização do bom atendimento da equipe e o mau humor da equipe interfere na relação paciente-profissional, causando-os uma tristeza profunda.

Os pacientes demonstram solidariedade com os colegas de quarto e quando acontece uma situação ruim, pensam como se fosse com eles. Referem satisfação por conhecer pessoas novas no quarto e ajudam o colega quando há necessidade, compensando em ajuda mútua. A conversa entre os pacientes, proporcionada pelo ambiente de enfermaria coletiva, tranquiliza-os e reduz a preocupação.

Reconhecem que às vezes ficam muito sozinhos no quarto, que deveria ter um enfermeiro para passar na porta e perguntar se está tudo bem, se precisa de alguma coisa, como tomar água, ir ao banheiro e que essa função muitas vezes é assumida pelo colega

de quarto.

Os participantes que tiveram acompanhantes na vivência de internação referem que sua presença transmite uma segurança maior, mesmo sabendo que há regras para sua permanência.

US: Segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos, preocupados com a higiene, é tomar os remédios na hora certa, é ter equipamentos funcionando e receber as informações corretas da forma pela qual tem que tratar.

“Tô assim, nervosa, mas confiante no meu médico. A minha médica é uma médica assim, muito boa né, eu confio na minha médica, foi uma médica muita profissional... teve um dia que ela chegou aqui uma hora da manhã, pra tirar um cateter da minha coluna. As enfermeiras são muito cuidadosas em termos assim, das outras enfermeiras, em do cuidado, é excelente. A enfermeira, a enfermeira chefe chegou perto de mim e falou: amanhã a sua médica vai conversar com você. Eu não vejo em momento nenhum elas lidando com nós, que somos pacientes, sem luva, sem assim, tomar os cuidados, sempre subindo a grade da cama, sempre orientando, sempre ajudando a gente no banheiro, ajudando no banho... Nossa, eles te troca, eles te dão banho, eles não te deixa urinado, limpam seu coco, assim, é excelente... informa todos os remédios que eu to tomando, todas as medicação, os antibiótico que eu troquei ontem. Os remédio, todo dia na hora que vem, elas fala qual remédio, tudo de novo... Então assim, eu me sinto muito segura aqui. E assim, pro hospital eu dou assim, nota mil, em termos desses cuidado a enfermeira, a enfermeira chefe chegou perto de mim e falou: Andréia, amanhã a sua médica vai conversar com você, mas hoje a gente, ela pediu pra ta trocando, você vai começar com dois antibiótico de novo, é um processo longo, mas é um processo que você vai ficar né, então assim, eu me sinto segura”. (E1)

“Os médicos vieram aqui, os enfermeiros tentaram fazer o melhor possível, a médica vem aqui todo dia de manhã. Eu reclamei com ela que eu não tava conseguindo fazer cocô, ela já passou remédio prá mim, já vai fazer exame de urina ni mim já, direitinho. Até agora eles tão cuidando muito bem de mim. Toda vez que elas aplica medicação elas fala. A médica vem aqui todo dia de manhã, conversa comigo, fala, fala dos remédios que eu to precisando de tomar. Ela explica tudo direitinho”. (E2)

“Não posso reclamar não, porque os médicos já passaram todas as informações possíveis, na sexta-feira agora vai vir, vai vir um rapaz especificamente para dar as orientações corretas da forma pela qual a gente tem que tratar, no meu caso, o procedimento para utilização dessa bolsa. A enfermeira tem o cuidado de toda vez, eu tenho até que parabeniza-la, toda medicação que ela me da ela fala o nome da medicação e pra que tá me dando a

medicação. De todas, pelo menos comigo(...)‘essa aqui ó, é paracetamol, acontece isso, isso e isso’, ‘essa injeção aqui é pra isso, isso e isso’, então eu tô sendo super bem tratado aqui”. (E3)

“Boa porque os médicos dá mais atenção aqui né, pelo menos que eu vejo eles dá uma atenção boa pra gente aqui, é cuidadoso também. Banho também, eu tomo banho na hora que eu quero... Ah, aqui é bom! Os enfermeiros que eu falo, remédio na hora certa, dá os remédio direitinho, tomo os remédio direitinho. Eu recebo os medicamento tudo certinho”.(E4)

“Até uma médica que me auxiliou muito, que não era nem de Minas Gerais, tentou de todos os jeitos que tinha, mas não conseguia me remover. A falta de contato das campainhas não funciona em nenhum lugar... Nem no CTI e nem aqui. E outra coisa: não tem uma bandeja pra gente comer. Chega a comida quente e a gente quase se queima pra comer, uma coisa absurda. Acho muito difícil pra pegar... as sondas, foi difícil achar a sonda, levaram mais de três horas pra localizar a sonda certa, pra poder ter a sonda... Aí um funcionário tem que apanhar lá, outro que tem... É uma burocracia. É um que só pode fazer aquilo, então fica um caminho difícil, muito compartimentado”. (E5)

“Meu médico, que era um outro médico que tava me atendendo, ele chegava cinco hora, seis hora da manhã pra me atender. Depois eu perguntava os enfermeiros chefe, eu fiz muita amizade com os enfermeiros, fiquei aqui mais de trinta dias. Aí quando veio a minha médica, é, é a dona é, Nice, aí ela passou pra mim a prescrição, pediu pra comprar mais remédio pra mim de, de... Ela resolveu meu caso aqui, agora que eu fiquei mais tranquilo. Aqui também, essa enfermeira do dia aqui, essa moreninha é muito boa, super atenciosa... A da noite também, uma morena... ela parece até que é médica, que ela tem uma autoridade pra falar. Então, eu acho que faltou um pouco de, de parte de... alguns enfermeiros um pouco de higiene, por exemplo, é... Tem gente que tem, é, vai colocar um aparelho no seu dedo, tinha que esterilizar... medir sua temperatura, esterilizar. Às vezes mexia com ele ali, é, colocava uma sonda nele, um exemplo, colocava uma sonda nele de luva e depois abria o remédio, pra mim tomar o remédio... Quer dizer, então, essa parte assim... Não era todo mundo né, pequena, minoria mesmo de enfermeiros que fazia isso. Eu acho que a higiene não era muito boa, não ficava a vontade no banheiro, porque tinha uns que era cadeirantes e a cadeira não era limpa. Então aquilo dali me deixava, me deixava frustrado... Aí no último dia três e meia, quase quatro horas da manhã, eu procurei um enfermeiro, aqui nesse quarto aqui a campainha não funciona”. (E6)

“E comigo, graças a Deus, correu tudo dentro do tempo certo né, tudo dentro do tempo certo e, medicação, né, os profissionais... Foi tudo de bom. Eu fiz exame de sangue e constatou uma infecção, uma inflamação. Desde o primeiro dia que eu cheguei já foi combatendo com os antibióticos né, desde o dia que cheguei.

Olha, até agora a parte que eu achei mais pesada foi quando a gente... essa parte do soro, as rodinhas não funciona, então assim, mesmo que você... tem hora que a gente tá assim, doente, sentindo alguma coisa, aquilo se torna pesado, parece que é um peso imenso né. Então veio mais o modo de transportar o soro né e banheiro também né, que a gente tem que ter cuidado né, muitos cuidados também, né, pra num escorregar, num cair”. (E7)

“Os enfermeiros são bem atenciosos né, com o paciente. Aliás, enfim, todos eles né, do maior ao menor, desde os zeladores ao médico né, são bem atenciosos, são bem cuidadosos. No meu caso eles vieram, tão sempre vindo na sequência, vem um, vem outro, tá sempre olhando o medicamento”.(E8)

“Os enfermeiros são tudo gente boa também, tá tudo bem...”(E9)

“Eu acho que a enfermeira tá muito prestativa, então pra mim tá muito bom, eu achei. Se não fosse primeiro Deus e depois os médicos né, eu num tava aqui hoje dando esse depoimento pra você. Na cirurgia eles me explicaram assim: ‘nós vamos aplicar um remedinho pra você ficar mais tranquilo pra nós fazer a cirurgia’. Pediram pra mim assinar lá na hora do, antes deu fazer a cirurgia, assinar um papel lá. Num sei não, mas eu acho que é... que tava dando a permissão pra fazer a cirurgia, entendeu? O médico lá falando, que era pra mim assinar pra confirmar lá que tava fazendo a cirurgia. Não senti, senti pouca dor. E eles falam ‘ó, tô colocando remédio pra dor, antibiótico...’ Me sinto muito seguro, porque no caso aqui é primeiro Deus, e depois os profissionais”. (E10)

“Às vezes até eu deito um pouco mais pra cá pra comer e os enfermeiro fala ‘Renato, deita pra lá’. Já veio o médico aqui já, já veio a... a outra funcionária já veio aqui, mediu pressão, olhou tudo. Elas traz a medicação tudo junto né, nuns copinho assim ó... Tiro do copinho, bebo e tomo a água, mas realmente num sei todos não. Estava tomando antibiótico, mas acho que parou com isso. O médico falou ‘você tá praticamente bom, num tem mais nada’, mas eu estou aguardando uma vaga lá na Santa Casa, aqui na perna, na perna aqui ó... eu num tava podendo nem andar. Aí ela vinha, me dava o banho, tudo tranquilo. Eu nunca precisei, mas quando precisa é naquele sistema ali que chama. Aperta ali e acende uma luz lá onde que eles fica, tá vendo lá na parede? Aí a pessoa que tá lá na central vê, percebe”. (E11)

Os participantes relataram que a visita médica todo dia de manhã é importante para se sentirem seguros e necessitam disso para sentirem confiança no tratamento e atendimento às suas queixas, como constipação intestinal. Referem que os enfermeiros são muito atenciosos, auxiliam nos cuidados como banho, alimentação e medem a pressão.

São lembrados os aspectos de higiene como fundamental para a segurança da

assistência, referindo o uso de luvas como cuidado de segurança e a falta da troca delas de um paciente para o outro como algo que os incomoda. Ao exemplificarem a falta desta troca, disseram que às vezes, entre o cuidado de um paciente e outro, como a manipulação de uma sonda em um paciente e a ministração de medicação em outro, deveria haver a troca de luvas. Ou ainda, que entre a aferição de temperatura de um paciente para o outro, deveria ter “esterilização” do termômetro.

Ressaltam que tomar os remédios na hora certa e ter informações sobre eles influenciam no sentimento de segurança experienciado pelos depoentes, de modo que sabem referenciar o nome da medicação e sua atuação.

As informações que são fornecidas pelos médicos ou enfermeiros aumentam o nível de confiança no tratamento. As explicações sobre o estado de saúde, cuidados e medicações se revelaram como os mais presentes na vivência dos pacientes.

Houve ainda o relato de experiência vivida no centro cirúrgico, em que um depoente ressalta as informações recebidas no pré operatório, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mesmo o paciente não ter conseguido relatar o nome e conteúdo de tais termos.

A falta de equipamentos de segurança funcionantes, como a campainha do quarto e suporte de soro com rodinhas, foram relatados como fatores dificultadores da assistência segura. O caminho entre a aquisição de um material e a realização do procedimento é visto como algo burocrático, que compartimenta a assistência.

5.3 Fio condutor da interpretação

A partir das Unidades de Significação e sua articulação entre elas constituiu-se o fio condutor, que possibilita a elaboração do conceito do ser. Este período favorece o caminhar para a compreensão dos significados doados pelos pacientes sobre sua vivência de hospitalização e da segurança da assistência.

O fio condutor da hermenêutica no referencial heideggeriano é o momento em que se busca a direção do sentido, que se revela no discurso dos participantes da pesquisa acerca do fenômeno estudado, é obtido através da compreensão vaga e mediana entendida como a compreensão dos significados (Lagendorff et al, 2015).

Neste sentido, apresentou-se neste estudo como fio condutor: **Para o paciente, estar hospitalizado é estar longe da família, ser bem atendido, com cuidado e carinho e ter a ajuda do colega de quarto é importante... Segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos, preocupados com a higiene, é tomar os remédios na hora certa, é ter equipamentos funcionando e receber as informações**

corretas da forma pela qual tem que tratar.

Após a elaboração deste fio condutor, em que o horizonte foi liberado para a mais originária das interpretações do ser (Heidegger, 2014), avançamos para a interpretação dos sentidos do ser, saindo da esfera ôntica e caminhando para a ontológica, com a possibilidade de desvelamento dos sentidos do ser.

5.4 Interpretação compreensiva hermenêutica-heideggeriana: 2º momento metódico

Neste segundo momento metódico, a hermenêutica, adentramos no campo da interpretação dos sentidos do ser, na dimensão ontológica ser-aí-hospitalizado.

Para Heidegger (2014, pág. 89),

“o ente, que lhes corresponde, impõe, cada vez mais, um modo diferente de se interrogar primariamente: o ente é um *quem* (existência) ou um *que* (algo simplesmente dado num sentido mais amplo). Somente depois de esclarecer o horizonte da questão do ser é que se poderá tratar da conexão entre esses dois modos de caracteres ontológicos”.

Heidegger considera o homem como *ser-aí* ou *Dasein*, que significa, necessariamente, um ser no mundo, ser consigo mesmo e com o outro, que interroga a si mesmo em busca de sua verdade. Segundo esse referencial, o *Ser* só pode ser determinado a partir de seu sentido como ele mesmo, ou seja, a compreensão do *Ser* somente é possível no contexto de seu próprio mundo, suas experiências e vivências.

Sendo assim, após ter alcançado o horizonte da questão do ser e atingido a conquista do fio condutor desta questão, foi possível chegar às experiências originárias, caminhando para a compreensão mais aprofundada da ontologia e desvelamento do fenômeno estudado (Heidegger, 2014). Os pacientes anunciaram através de sua vivência de hospitalização os sentidos experienciados frente à internação e a segurança da assistência.

Em sua cotidianidade, o ser se mantém numa realidade contextual, envolvido por situações imprevisíveis ou diante de fatos que o surpreendem, independente de sua escolha. Heidegger (2014, p.460) expressa cotidianidade como “*o modo de ser em que a presença, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, se mantém*”. Ao contrário, a facticidade se demonstra como estar lançado em uma realidade que não escolheu sendo presença (HEIDEGGER, 2014).

Heidegger descreve a facticidade como um conceito que:

“abriga em si o ser-no-mundo de um ente ‘intramundano’, de maneira que este ente possa ser compreendido como algo que, em seu ‘destino’, está ligado ao dos entes que lhe vêm de encontro dentro do seu próprio

mundo” (2014, p.104).

Deste modo, estar hospitalizado não é uma escolha, está dado como factual, mas o modo como o fato da hospitalização será percebido e enfrentado caberá de maneira individualizada ao ser-aí-paciente-hospitalizado e os profissionais da equipe, em especial, os da enfermagem e os colegas de quarto, são importantes para que ele supere e se compreenda como além daquilo que ele próprio não se compreendia.

O modo de ser-aí-paciente-hospitalizado desvela que estar internado é estar longe da família, dos laços afetivos de carinho e atenção. O mundo do *ser-aí* ou *Dasein* é *mundo-com*, de tal maneira que o *ser-em* é *ser-com* os outros; os “outros” já são cada vez “aí”-com ao ser-no-mundo (Heidegger, 2014). Sendo assim, transferem esta carência de afeto para pessoas que estão ao seu redor, como os profissionais de saúde, em especial à equipe de enfermagem, que permanece por mais tempo próximo à ele e aos seus colegas de quarto.

Para Heidegger (2014, p177), “*o ser-com determina existencialmente a presença, mesmo quando o outro não é, de fato, dado ou percebido*”. Ainda segundo o filósofo:

Os “outros” não significam todos os restos dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria. Os outros, ao contrário, são aqueles entre os quais também se está. Esse estar também com os outros não possui o caráter ontológico de um ser simplesmente dado em ‘conjunto’ dentro de um mundo. O ‘com’ é uma determinação de presença. O ‘também’ significa a igualdade no ser enquanto ser-no-mundo que se ocupa dentro de uma circunvisão (p. 174)

Os pacientes, no modo de ser-aí-com-os-profissionais, destacando a equipe de enfermagem, desvelam o cuidado recebido durante a hospitalização através da *ocupação*, do modo como estes profissionais se ocupam com o cuidado de técnicas e procedimentos para se aproximarem deles. A ocupação para Heidegger (2014), é o modo de atarefar-se numa circunvisão, ao que está à mão. Eles percebem que são cuidados porque recebem alimentação, medicação, higiene, na rotina do hospital. Mas, segundo Heidegger (2014), esse ocupar-se é também preocupar-se, pois a ocupação com a alimentação e com o vestuário, ao tratar o corpo doente, é *pré-ocupação*.

O ser-aí-com, enquanto seu modo de ser preocupação, neste estudo assume uma possibilidade positiva, substitutiva que, para Heidegger é “*retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, saltando para o seu lugar. Essa preocupação assume a ocupação que o outro deve realizar*”. Neste sentido, o cuidado dominador isenta o paciente de suas ocupações habituais.

Algumas vezes, o *ser-aí-paciente-hospitalizado* encontra nos profissionais as

pessoas que estão-com ele, embora não supram as necessidades de ser-com, pois estão lidando com eles através do cuidado profissional. Assim, ocupam-se em ajudar o colega de quarto, na forma de ser-junto, que Heidegger (2014, p.101) nos mostra que não significa um “simplesmente dar-se em conjunto de coisas que ocorreram”.

A atenção e o carinho que esperam receber da equipe durante a hospitalização é transferida para o colega de quarto quando percebem que pela rotina do hospital os profissionais não dão conta dessa sua expectativa. Desta forma ocupam-se em ajudar o outro como forma de buscar ajuda para si mesmo.

A necessidade de ouvir e falar se mostram presente na vivência de internação. Heidegger (2014) nos traz que:

“Toda fala sobre alguma coisa comunica através daquilo sobre que fala e sempre possui o caráter de *pronunciar-se*. Na fala, a presença se pronuncia (...). O que se pronuncia é justamente o estar fora, isto é, o como cada vez diferente da disposição (ou do humor) que, como se indicou, alcança toda a abertura do ser-em. O índice linguístico próprio da fala em que se anuncia o ser-em da disposição está no tom, na modulação, no ritmo da fala, ‘no modo de dizer’ (p. 255).

Assim, o modo pelo qual os pacientes são tratados durante a hospitalização determina para eles a qualidade da vivência de internação, sendo uma experiência positiva, quando são tratados de forma educada e cuidadosa, e negativa quando são tratados de forma ríspida.

A segurança da assistência recebida pelos pacientes é desvelada pelos mesmos por meio da *ambigüidade*, em que eles pensam que compreenderam o que é segurança quando na verdade não compreenderam. Na fenomenologia heideggeriana a ambigüidade se dá quando “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi” (HEIDDEGER, 2014, p. 238). Ao desvelarem o sentido da segurança da assistência como ter a presença do médico diariamente demonstram que não reconhecem a segurança nos moldes colocados pela tradição, por aquilo que está posto pela ciência através das normatizações, podendo apontar uma falha na comunicação e esclarecimento deste termo durante a hospitalização.

Ao reconhecerem as ações de segurança empregadas em seu cuidado, os pacientes desvelam um “modo de ser da compreensão desenraizada de presença” (HEIDEGGER, 2014, p.233), denominado *falação* quando coloca que:

“A fala comunicada pode ser compreendida amplamente sem que o ouvinte se coloque num ser que compreenda originariamente do que se trata a fala. (...) dado que a fala agora perdeu ou jamais alcançou a referência ontológica primária ao referencial da fala, ela nunca se comunica no modo de uma apropriação originária deste sobre o eu se fala, contentando-se em repetir e passar adiante a fala (p.232).

Os pacientes demonstram este modo de falação ao repetirem os termos técnicos que são ditos pela equipe e significando o uso de luvas ou a ausência delas como algo imprescindível para a sua segurança no ambiente hospitalar. Ao referirem a necessidade de se esterilizar o termômetro entre o uso de um paciente para o outro, evidenciaram-se na *falação*, “como possibilidade de se compreender tudo sem ter se apropriado previamente da coisa” (HEIDEGGER, 2014, p.232).

Neste contexto, o *ser-aí-paciente-hospitalizado* significa sua vivência de internação como *ser-com* os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, e *ser-com* os colegas de quarto, numa forma substitutiva da carência de afeto e atenção de seus familiares por estarem longe de casa. Ele significa a segurança da assistência nos modos de ser da *ocupação e preocupação, ambiguidade e falatório*, desvelando um *cuidado dominador* no ambiente hospitalar.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido possibilitou a compreensão da vivência de hospitalização e da segurança da assistência para os pacientes internados em um hospital público da Zona da Mata Mineira. Ouvir os pacientes e captar as expressões verbais e não verbais durante as entrevistas, tornou possível o alcance do seu objetivo de compreender o significado e desvelar os sentidos da vivência de internação e da segurança da assistência para o paciente hospitalizado.

A fenomenologia hermenêutica à luz de Martin Heidegger como compreensão interpretativa do *ser-aí-paciente-hospitalizado* alcançou o desvelamento dos sentidos que se configuram no referencial teórico-filosófico como *ocupação e preocupação, ambiguidade e falatório e ser-com*, desvelando um cuidado dominador no ambiente hospitalar.

Os pacientes, que se encontram hospitalizados, percebem esta facticidade como algo triste, por se verem longe de casa e da família e tentam superar esta carência de afeto e atenção com o outro, *sendo-com* o profissional de enfermagem e *sendo-com* o colega de quarto.

No modo de *ser-com* o profissional de enfermagem, esperam ser bem atendidos, com carinho e atenção, que muitas vezes não são retribuídos devido à rotina de trabalho que a instituição o impõe, desvelando assim um modo de *pre-ocupação* com o paciente, no sentido de fazer por eles cuidados básicos como higiene pessoal, alimentação e medicação. Porém, esta forma de *ocupação* não dá conta de atender todas as necessidades do paciente, formando uma lacuna entre o cuidar técnico imposto pelo hospital e as expectativas oriundas da internação do paciente.

Ao se perceber sozinho, o *ser-aí-paciente-hospitalizado* se volta para o outro, aqui entendido como o colega de quarto, no sentido da *ocupação*, buscando *ocupar-se* dele para ocultar seu sentimento de solidão. Ao voltar-se para o colega de quarto o paciente encontra conforto ao se deparar com pessoas na mesma situação que ele e por saber que não está só.

Ao significarem a segurança da assistência recebida pela equipe os pacientes se mostraram no modo de ambiguidade, colocando a presença diária do médico como item de segurança, quando na verdade não é, demonstrando ainda a força do modelo biologista hegemônico, centrado na figura do médico. Durante as entrevistas, em momento algum foi citado os itens de segurança, nem mesmo o da identificação do paciente que fica visível para ele através da pulseira de identificação, demonstrando a fragilidade de implantação do serviço de segurança do paciente na instituição.

O modo de *falação*, pela hermenêutica de Heidegger, foi possível ser desvelada quando os participantes utilizaram de termos técnicos para descreverem seu estado de saúde ou demonstrando a importância do uso de luvas para o cuidado. O fato de reproduzirem a fala dos profissionais converge para um distanciamento da realidade, por não compreenderem realmente o que é segurança.

A enfermagem, como equipe que mais permanece em contato com o paciente, precisa se valer desta responsabilidade, pois ao mesmo tempo em que somos a equipe mais presente, também somos os mais expostos aos erros durante a execução do nosso trabalho, seja por fatores como sobrecarga de trabalho e estresse, seja por um descuido durante a realização de procedimento.

A equipe de enfermagem está presente na aplicação da maioria dos protocolos de segurança do paciente, demonstrando a necessidade de voltar-se para o paciente no sentido de explicar os protocolos e trazer o paciente para o cuidado de si, como participante ativo da prevenção de riscos durante a sua vivência de internação.

O paciente não concebe a segurança da assistência na realização de procedimentos dentro das técnicas, conforme normas e protocolos estabelecidos, simplesmente porque para eles, assistência e segurança são indissociáveis. Torna-se necessário também, que a enfermagem faça reflexões sobre a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente durante o período de internação, afim de evitar o risco da ocorrência de incidentes e eventos adversos. Ao dar a voz ao paciente significa incluí-lo no processo de promoção de sua própria segurança, criando mais uma barreira na cadeia de prevenção de erros.

A manutenção dos equipamentos funcionando e a verificação de seu estado fazem parte das atribuições da equipe de enfermagem e a falha em algum dispositivo como a campainha de emergência, pode ser decisivo na prevenção de danos. Nesse sentido, o uso de checklists diários para verificar a funcionalidade destes dispositivos pode ser importante na rotina de prevenção de danos ao paciente.

A utilização da fenomenologia de Heidegger como método deste estudo viabilizou o desvelamento de sentidos que estavam ocultos em outras pesquisas valorizando a segurança do paciente a sua aplicabilidade na prática.

Emerge, assim, a necessidade de amplas discussões no campo do ensino quanto à necessidade de sensibilizar os futuros enfermeiros sobre a importância do seu papel na vivência de hospitalização dos pacientes e sua significação de segurança da assistência recebida. Deve-se repensar a comunicação terapêutica como forma de acessar esse paciente e incluí-lo na promoção de sua segurança.

Acredita-se que novas tecnologias associadas à utilização de protocolos de

segurança cada vez mais específicos se fazem necessário para o aprimoramento da segurança da assistência, mas a proximidade da relação profissional-paciente ainda se mostra como importante em sua vivência de internação. É preciso estar presente e esclarecer para o paciente o que é segurança para que ele, de modo que receba o cuidado efetivo, libertador e autêntico.

VI REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. S. Sentido e novidade das noções de fenomenologia e de hermenêutica no pensamento de Heidegger. **Pensar-Revisa Eletrônica da FAJE**, v. 16, n. 2, 2014. ISSN: 2179-9024

ALVES, E.A.V. Segurança do paciente: do erro à prevenção de risco. **Cadernos Ibero-Americanos do Direito Sanitário**, v.2, n. 2, p.723-733, 2013. ISSN 2358-1824

AMARAL, L. R.; LEITE, L. S. A visão dos pacientes sobre o atendimento aos seus direitos no ambiente hospitalar. **Revista ACRED** - v. 5, n. 10 (P.49-67). 2015.

ANVISA. Módulo 6: **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente**. disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Modulo_6.Implantacao_Nucleo_de_Seguranca.pdf, acessado em 23/04/2014

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 07/02/16]. Disponível em: www.anvisa.gov.br

ANÉAS, T. D. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface comum. Saúde e educação**, v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011. ISSN 1414-3283

ARAÚJO, R. A. et al. Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery**, v. 16, n.2, p. 388-394, 2012. ISSN: 1414-8145.

BACKES, D. S.; CARPES, A. D.; PIOVESAN, C.; HAEFFNER, L. S. B.; BÜSCHER, A.; LOMBAT, L. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **DisciplinarumScientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2014.

BARRETO, J. A. E.; MOREIRA R. V. O. Husserl e a crítica da razão. In: Barreto JAE, Moreira RVO, organizadores. **A decisão de saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado do humano**.Fortaleza (CE): Casa de José de Alencar/Programa Editorial; 2000

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Hospitais do SUS (SIA/SUS) Disponível em http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm

Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 2001; 19 abr, nº 76-E, p.12, Seção 1

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 466/12**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **RDC nº36, de 25 de julho de 2013**, que institui ações para a segurança do

paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em 05/08/2016.

BUENO, A. A. B.; FASSARELA, C. S. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2012. ISSN: 1982-6451

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. **Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. UFCS: p. 130-157, Florianópolis, SC, 1984.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFRJ**, v. 2, n. 2, p. 192-197., 1994 ISSN: 0104-3552.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado de Saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia. **Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades**, n. 29, p. 89-96, 2011. ISSN: 1138-1728.

CARVALHO, A. D. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, v. 1, p. 987, 1987.

CHIAVENATO I. **-Introdução à teoria geral da Administração**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

COFEN, Resolução 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002

CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 83-88, 1997. ISSN: 1518-8345.

COSTA, C. U.; NAKATA, Y. U.; CALSANI, J.R.S. - Qualidade no atendimento: a influência do bom atendimento para conquistar os clientes. **Rev. Científica Eletrônica UNISEB**, Ribeirão Preto, v.1, n.1, p.54-65, jan./jun.2013

DANTAS, V.M. O papel da linguagem no pensamento de Heidegger. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v.4, n.2, p.16-26, ago./dez. 2011.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2006; 59(1):84-8

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual Rev Bull**. 1992; 20(6):975-92.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**. 2005;18(2):213-9

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999

FORTES, M. T. R. Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde. 2013. 189f. **Tese** (Doutorado em Ciências/Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.

FREITAS, S. F., SILVA, A. E. B. C., MINAMISAVA, R., BESERRA, A. L. O., SOUSA, M. R. G. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, vol. 22, maio-junho 2014, p. 454-460.

FURLAN, M. M. **O sentido do ser internado em hospital psiquiátrico à luz da fenomenologia de Heidegger**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Orientadora: RIBEIRO, C. R. O. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2008.

GALHARDI, N. M.; ESCOBAR, E. M. A. Indicadores de qualidade de enfermagem **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 24(2):75-83, maio/ago., 2015

GOMES, A. O. F. Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório. **Dissertação** (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública), Orientadora: MARTINS, M. S. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, A. M. T. e SANTO, C. C. E. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; 21(2):261-4.

LANGENDORF, T. F., PABOIN, S. M. M., PAULA, C. C., SOUZA, I. E. O. Compreensão do vivido do ser-casal diante da profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 36, Porto Alegre, 2015. ISSN: 1983-1447.

LEOPARDI, M. T. Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis, Papa-Livro, 1999.

LIMA, F. S. S.; SOUZA, N. P. G.; VASCONCELOS, P. F.; FREITAS, H. A.; JORGE, M. S. B.; OLIVEIRA, A. C. S. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**. 2014;(35):311-27.

LYU, H., WICK, E. C., HOUSMAN, M., FREISCHLAG, J. A., Makarv, MA. **Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care**. *JAMA Surg*. 2013;148(4):362-7.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **RevEscEnferm USP** 2012; 46(2):388-94

MELLO, J. F., BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm** Florianópolis. 2013;22(4):1124-33.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S.; PAZ, E. P. A.; SOUZA, I. E. O. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Esc Anna**

Nery R **Enferm** 2006 ago; 10(2): 297-300.

MORAIS GSN, COSTA SFG, FONTES WD, CARNEIRO AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):323-7.

NEIVAI, H. M.; BOGUTHI, T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 490-498, 2009.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S. Por que e para que estudar história da enfermagem? **Enfermagem em Foco** 2013, VOL.4. P. 49-53.

OLIVEIRA, M. D. F. V, CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 376-380, 2011. ISSN: 0034-7167

PASSOS, S. S. S.; SADIGUSKY, D. Cuidados de enfermagem ao usuário dependente e hospitalizado. **Rev Enferm UERJ**. 2011 out-dez.; 19(4):598-603.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ª edição. Artmed, Porto Alegre, 2011, 669 p.

PUPULIM, J. S. L., SAWADA, N. O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, v.65, n.4, p.621-629. 2012.

QUEIROZ, B. F. B.; GARANHANI, M. L. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 4, p. 775-783, 2012. ISSN: 1984-7513.

ROBERTS, J. C.; COALE, J. G.; REDMAN, M. A.: A history of the joint commission of accreditation of hospitals. **JAMA** 1987; 258(7):936-40

ROSA, R. T.; GEHLEN, M. H.; ILHA, S.; FABIANI, W. P.; CASSOLA, T.; STEIN D. B. segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros **Ciencia y Enfermería**, vol. 21, núm. 3, dez 2015, pp. 37-47

SALIMENA, A. M. O., et al. O método fenomenológico Heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões domovimento analítico. **CIAIQ2015**, v. 1, p. 310-313, 2015

SALVADOR, P. T. C. O.; OLIVEIRA, R. K. M.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):111-7.

SCHNEIDER, C. M.; MEDEIROS, L. G.; Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Unoesc Cienc**. 2011; 2(2):140-54.

SEIBIT, C. L. Fenomenologia Hermenêutica. Circularidade e desocultamento. **Discusiones Filosóficas**. Año 13 N° 20, enero – junio, 2012. pp. 243 – 254. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v13n20/v13n20a13.pdf> Acessado em 06/06/16.

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um

pronto socorro. **Rev. Rene**, v. 11, n. 3, 2012. ISSN: 2175-6783.

SILVA. A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 442-447, 2010. ISSN: 1518-1944.

SILVA. L. D.: CARVALHO. M. F. Revisão Integrativa da Produção Científica de Enfermeiros acerca dos erros de medicamentos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 4, p. 519-525, 2012

SILVA, L. S. et al. Historiografia e Historicidade de Mulheres Portadoras de Cardiopatia: revelações na consulta de enfermagem que contribuem para a integralidade da atenção em saúde. **CIAIQ2015**, v. 1, p.221-223, 2015.

SILVA, M. J. **Oual o tempo do cuidado? : Humanizando os cuidados de enfermagem** – São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004. (180 p).

SLEUTJES. M. H. Pós-modernidade em Heidegger. **Rev. Univ. Rural, Série Ciências Humanas**, v. 23, n. 2, p. 189-193, 2001.

SOUSA. P.: MENDES. W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. v. 2, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014. 452 p.

TRIVIÑOS. A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Ed Atlas, São Paulo, 1987. 187p.

ORGANITION. W. H. **The conceptual for internacional classification for patient safety: final technical report**. Genebra, 1.1, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução: Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

YOSHIKAWA. J. M. et. Al. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 21, 2013. ISSN: 0103 2100.

ANEXO I – Autorização do Diretor Geral do Hospital Regional João Penido

HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO
Avenida Juiz de Fora, 2555 , Bairro Gramma, Juiz de Fora, CEP 36048-000

Juiz de Fora, 03 de março de
2015.

DE: Pesquisadoras responsáveis pela investigação **“A percepção da segurança da assistência no vivido do paciente hospitalizado”**

Mestranda: Fernanda Rezende Garcia

Orientadora: Prof^a. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena

PARA: Sr. Diretor Geral do Hospital Regional João Penido - FHEMIG

Dr. Renato Luiz Lopes de Castro Lobo

ASSUNTO: Solicitação (faz)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **“A percepção da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado”** cujo objetivo é:

- Desvelar o significado da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado.

Solicitamos apoio institucional de V.S^a para a realização da presente investigação, contando com o seu empenho no sentido de autorizar, no âmbito do Hospital Regional João Penido, a realização da investigação e viabilizar o parecer do referido hospital, por meio da assinatura do presente ofício, para que possamos anexá-lo ao cadastro do projeto na Plataforma Brasil, conforme protocolo preconizado para investigações envolvendo seres humanos.

Colocamo-nos ao seu inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Prof^a. Anna Maria de Oliveira Salimena
Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Fernanda Rezende Garcia
Mestranda em Enfermagem – UFJF


HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO
Avenida Juiz de Fora, 2555 , Bairro Grama, Juiz de Fora, CEP 36048-000

DECLARAÇÃO

O Hospital Regional João Penido dispõe de espaço e infraestrutura física para viabilizar o processo de coleta de dados da pesquisa intitulada “**A percepção da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado**” cujo objetivo é:

- Desvelar o significado da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado

Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 03 de março de 2015.

Dr. Renato Luiz Lopes de Castro Lobo
Diretor Geral do Hospital Regional João Penido - FHEMIG

ANEXO II – Autorização da Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Regional João Penido



HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO
Avenida Juiz de Fora, 2555 , Bairro Grama, Juiz de Fora, CEP 36048-000

Juiz de Fora, 03 de março de

2015.

DE: Pesquisadoras responsáveis pela investigação “**A percepção da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado**”.

Mestranda: Fernanda Rezende Garcia

Orientadora: Profª. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena

PARA: Sra. Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Regional João Penido - FHEMIG

Enfermeira RT Doralice Auxiliadora de Souza

ASSUNTO: Solicitação (faz)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “**A percepção da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado**” cujo objetivo é:

- Desvelar o significado da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado. Solicitamos apoio institucional de V.Sª para a realização da presente investigação, contando com o seu empenho no sentido de autorizar, no âmbito do Departamento de Enfermagem do Hospital Regional João Penido, a realização da investigação e viabilizar o parecer do referido departamento, por meio da assinatura do presente ofício, para que possamos anexá-lo ao cadastro do projeto na Plataforma Brasil, conforme protocolo preconizado para investigações envolvendo seres humanos.

Colocamo-nos ao seu inteiro dispor para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Profª. Anna Maria de Oliveira Salimena
Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Fernanda Rezende Garcia
Mestranda em Enfermagem – UFJF


HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO
Avenida Juiz de Fora, 2555, Bairro Grama, Juiz de Fora, CEP 36048-000

DECLARAÇÃO

O Hospital Regional João Penido dispõe de espaço e infraestrutura física para viabilizar o processo de coleta de dados da pesquisa intitulada **“A percepção da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado”** cujo objetivo é:

- Desvelar o significado da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado

Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 03 de março de 2015.

Enfermeira Doralice Auxiliadora de Souza
Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Regional João Penido - FHEMIG

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**A percepção da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado**”. Nesta pesquisa objetivamos desvelar o significado da segurança da assistência na vivência do paciente hospitalizado. Tal investigação justifica-se pelo fato de pretender despertar interesse em novas pesquisas sobre a temática e contribuir para reflexão dos profissionais de saúde para a melhoria da assistência ao paciente hospitalizado.

Para esta pesquisa a sua participação consistirá em dar uma entrevista gravada na qual nos conte sobre como a segurança da assistência recebida estando hospitalizado. As pesquisadoras se comprometem a minimizar tais riscos utilizando técnicas comunicacionais e relacionais, não estando prevista a realização de nenhuma intervenção como procedimento metodológico na coleta de dados.

Para participar deste estudo o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada com a pesquisadora responsável. Enfª Fernanda Rezende Garcia em seu arquivo pessoal por cinco anos juntamente com o instrumento de coleta de dados e a outra via do TCLE será fornecida ao senhor (a). Após esse tempo todo material será destruído. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, ou seja, não será mencionado o seu nome, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu,

portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**A percepção da segurança da assistência no vivido do paciente hospitalizado**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2015.

Nome do participante Assinatura	Pesquisadora responsável: Fernanda Rezende Garcia – Rua Benjamim Constant, 1031/402 – Santa Helena – Juiz de Fora – MG Tel (32) 8816-5400 Email: ferezende2003@yahoo.com.br
------------------------------------	---

<p>Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF: Campus Universitário da UFJF, Pró-Reitoria de Pesquisa. CEP: 36036-900. Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep_propesq@uff.edu.br</p>	<p>Nome e endereço da testemunha: Assinatura</p>
--	--

APÊNDICE B – Instrumento de coleta das Informações

Historiografia	
Código do participante:	
Gênero: 1Feminino 2 Masculino	Idade:
Estado Conjugal:	Religião:
Tempo de hospitalização:	Escolaridade:
Trabalha: 1Não 2Sim	Especialidade de internação:
Questões norteadoras para entrevista	
Entrevista aberta. Como modo de acesso ao ser na busca de depoimentos serão colhidos norteados pelas seguintes questões:	
1) Fale para mim como está sendo a sua vivência de internação? 2) Como você percebe as ações voltadas para a segurança com o seu cuidado? 3) Você gostaria de falar mais alguma coisa?	
Registros do diário de campo	
Durante a realização das entrevistas será observado atentamente à fala não verbal dos participantes, expressa em gestos ou outras manifestações, registrando tais impressões posteriormente, em diário de campo.	
Descrições:	