

**Sentidos da Pessoa Hospitalizada na Vivência da Internação:  
implicações para a Segurança da Assistência**

**Meanings of the Hospitalized Person in the Experience of Hospitalization:  
Implications for the Safety Care**

**Fernanda Rezende Garcia<sup>1</sup>**

**Thais Vasconcelos Amorim<sup>2</sup>**

**Anna Maria de Oliveira Salimena<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). MG, Brasil. E-mail: ferezende2003@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). MG, Brasil. E-mail: thaisamorim80@gmail.com.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). MG, Brasil. E-mail: annasalimena@terra.com.br. Autor correspondente.

**Resumo**

Este estudo teve como objetivo compreender o significado e desvelar os sentidos da vivência de internação e da segurança da assistência para o paciente hospitalizado. Utilizou-se a metodologia de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica, balizada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Foram depoentes 11 pacientes que vivenciaram a internação 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 que permitiram a construção das Unidades de Significação: Estar hospitalizado é estar longe da família, ser bem atendido, com cuidado e carinho, ter a ajuda do colega de quarto e Segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos. A compreensão interpretativa alcançou o desvelamento dos sentidos que se configuram no cotidiano da internação como um cuidado dominador no ambiente hospitalar e contribui para trazer à tona a necessidade de melhorar a comunicação como forma de fazê-lo agente ativo da promoção de sua segurança, demonstrando a necessidade de estar presente e esclarecer o que é segurança para que receba o cuidado efetivo, libertador e autêntico.

**Palavras-chave:** Segurança; Paciente; Enfermagem; Fenomenologia.

**Abstract**

This study aimed to understand the meaning and reveal the meanings of the hospitalization experience and the safety of care for hospitalized patients. The methodology of qualitative nature with a phenomenological approach based on the theoretical-philosophical-methodological framework of Martin Heidegger, was used. Eleven patients who experienced hospitalization 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 security-oriented actions with your care? The essential structures that allowed the construction of the Units of Significance emerged: To be hospitalized is to be away from the family, to be well cared for, with care and affection, to have the help of the roommate and Security is to have the daily medical visit and caring nurses. The interpretative understanding reached the unveiling of the senses that are configured in the routine of hospitalization as a domineering care in the hospital environment and contributes to bring up the need to improve communication as a way to make it an active agent of promoting its safety, demonstrating the need to be present and clarify what is security so that it receives effective, liberating and authentic care.

**Keywords:** Safety; Patient; Nursing; Phenomenology.

## Introdução

A Segurança do Paciente, hoje normatizada através da Portaria 529, de 1º de abril de 2013<sup>(1)</sup> e RDC 36 de 25 de julho de 2013<sup>(2)</sup>, 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.

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<sup>(3)</sup>.

Historicamente, a política de saúde brasileira esteve fundada numa “racionalidade hegemonicamente fragmentada, em geral curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo”<sup>(4)</sup> com prevalência da lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós 1964. 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 particularmente, na política de saúde.

Desde o seu surgimento, os hospitais vêm passando por diversas mudanças, visando principalmente a melhoria da qualidade da assistência. Grandes avanços tecnológicos ocorreram e paralelamente a esses, novas formas de reorganização e reestruturação se fizeram necessárias nessas instituições<sup>(5)</sup>.

O marco histórico do movimento pela qualidade foi a partir de 1951, com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), com a missão de 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<sup>(6)</sup>.

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde têm surgido em âmbito global. Números cada vez maiores de danos causados à pessoa e o crescente número de processos judiciais relacionados a erros na assistência têm 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<sup>(7)</sup>.

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”. 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”<sup>(8)</sup>.

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<sup>(9)</sup>.

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<sup>(10)</sup>. 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, pois 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”<sup>(11)</sup>.

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<sup>(12)</sup>, com compromisso ético e profissional em realizá-los com segurança e adequados às necessidades dos pacientes hospitalizados, objetivando alcançar os melhores resultados, pois estes são princípios que qualificam o cuidado de enfermagem e o diferenciam dos demais<sup>(13)</sup>.

A hospitalização é vista pelos pacientes como uma vivência desagradável, que exige adaptações às mudanças de sua rotina, pois relaciona com sentimento de perda, independentemente 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<sup>(14)</sup>.

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<sup>(15)</sup>.

O interesse em estudar a temática sobre a

segurança do paciente hospitalizado 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.

Ao 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 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. Nesse sentido, 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<sup>(16)</sup>.

Sendo assim, tem-se como objetivo deste estudo compreender o significado e desvelar os sentidos da pessoa hospitalizada na vivência da internação e na perspectiva da segurança da assistência.

## Método

Para o desenvolvimento do estudo optou-se por utilizar a metodologia de natureza qualitativa, pautada na fenomenologia, valendo-se do referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger<sup>(17)</sup>. O cenário foi um hospital geral público de médio porte, situado em uma cidade da Zona da Mata Mineira que atende exclusivamente à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para a região. Em 2013 recebeu a certificação da Acreditação Hospitalar em nível 2 por uma instituição acreditadora credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), atendendo às questões éticas, conforme a Resolução n.º 466/2012 do Ministério da Saúde e foi deferido pelo Parecer de n.º 1. 404. 545<sup>(18)</sup>.

Foram entrevistados 11 pacientes hospitalizados, nos meses de março a maio de 2016 e as entrevistas cessaram-se quando se observou a aproximação/congruência das falas. A entrevista foi desenvolvida durante encontros fenomenológicos, no próprio leito do paciente, devido às limitações de locomoção que os mesmos apresentavam, em um momento singular entre a pesquisadora e o depoente. E por ocorrer na presença de acompanhante ou outro paciente na enfermaria foi irrelevante, pois a presença de outra pessoa dentro da enfermaria mostrou-se como fator positivo.

O depoimento foi gravado em mídia digital (*smartphone*) norteado 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? Também foi utilizado o diário de campo, no qual as expressões não verbais dos participantes, expressas em gestos ou expressões, foram registradas cuidadosamente após cada entrevista.

Os critérios de inclusão foram: estar hospitalizado nas especialidades de clínicas médica e cirúrgica, internado no mínimo há dois dias, ter idade igual ou superior a 18 anos e de ambos os sexos. E os de exclusão: pacientes sem condições psicoemocionais para se expressarem. 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.

As entrevistas foram registradas e codificadas, identificadas com a letra E acrescidas de numeração que vai de 1 a 11, de acordo com a ordem de realização, a fim de garantir o anonimato dos participantes. Após a transcrição do depoimento 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-paciente frente à vivência de hospitalização, na perspectiva da segurança da assistência.

No primeiro momento metódico, buscou-se explicitar como o paciente significou à vivência da hospitalização, na perspectiva da segurança da assistência e, no segundo momento a interpretação dos sentidos expressos.

## Resultados

Foram entrevistados 11 participantes, de ambos os sexos, sendo 5 do sexo feminino e 6 masculino, com idades entre 25 e 63 anos, escolaridade que varia de 1º grau incompleto a superior completo, maioria católica e estado civil solteiro. Destes 11 participantes, 7 trabalham e 4 não. O tempo de internação varia de 5 a 40 dias, nas especialidades Cirurgia Geral (7) e Clínica Médica (4).

Após imersão nos depoimentos e diário de campo, foi possível identificar as estruturas essenciais que fizeram emergir a compreensão dos significados e agrupadas em Unidades de Significação (US), compondo o discurso fenomenológico, demonstrando que a vivência de hospitalização e segurança da assistência para os pacientes, significou: “estar hospitalizado é estar longe da família”, “ser bem atendido com cuidado” e “segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos”.

### **Estar hospitalizado é estar longe da família, ser bem atendido com cuidado e carinho e ter a ajuda do colega de quarto**

*“Com muita saudade de casa, mas eles conforta, passam carinho especial, tem cuidado com alimentação, tem cuidado com seu bom humor. Teve um dia que ela (a médica) chegou uma hora da manhã pra tirar um cateter da minha coluna, porque tinha dado uma infecção e ela fez isso com muito cuidado e muito carinho. Então, isso é muito importante” (E1).*

*“Tô triste longe da minha família, dos meus filhos, do meu esposo. Em*

*uma tristeza profunda. Desde o dia que cheguei sempre me trataram bem. As enfermeiras cuida sempre com cuidado, nunca desfizeram de mim não, sempre me trataram muito bem. Eu tô fazendo novas amizades, conhecendo as pessoas novas aqui no quarto” (E2).*

*“Desde que eu cheguei aqui eu não posso reclamar, sendo bem tratado. As pessoas são atenciosas, se desdobram e dentro das possibilidades tratam a gente da forma mais humana. Eu ontem fiquei com acompanhante, com a minha filha, porque estava pós operado, mas hoje ela não vai poder ficar, tem as regras do hospital. Tenho consciência de que o acompanhante dá uma segurança maior. Aqui um ajuda o outro quando há necessidade de ajuda” (E3).*

*“Me sinto bem aqui, sou bem tratado [...], cuidado, cuidar eles cuida bem” (E4).*

*“Só quero ser bem atendido e saber que o funcionamento é bom. Quando se trata das pessoas tem até uma parte humana muito boa. Meu colega aqui do lado me levava no banheiro e me ajudava” (E5).*

*“Tanto os enfermeiros quanto os médicos são muito bom, atenciosos, carinhosos, tudo que eu precisei eles atenderam rapidamente. Meu colega aqui que me ajudou. Quando ele chegou eu que ajudava a abaixar a cadeira, subia cadeira, ajudava no banheiro” (E6).*

*“Fui bem recebida. A gente vê falar do que tá acontecendo no dia a dia,*

*falta de atendimento. No princípio eu fiquei muito ansiosa, a minha pressão descontrolou, porque a gente quer ver tudo resolvido. Depois fui tranquilizando, conversando com os outros pacientes, os profissionais dá força a gente. Então a preocupação vai um pouquinho [...], diminuindo” (E7).*

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

*“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. Tem funcionário que eu adoro. Tem da noite que eu adoro também. Eles conversam 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, ser bem tratado, ter a atenção dos profissionais, saber que o funcionamento é bom, apesar de entenderem que

os profissionais se desdobram, dentro das possibilidades do hospital, para tratá-los da forma o mais humana possível. Atender prontamente às necessidades dos pacientes reflete na caracterização do bom atendimento.

Os participantes expressaram 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. E, os que tiveram acompanhantes na vivência de internação referiram que a presença destes transmite uma segurança maior, mesmo sabendo que há regras para sua permanência.

#### **Segurança é ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos**

*“Tô nervosa, mas confiante. A minha médica é muito boa, eu confio na minha médica, muito profissional [...]. As enfermeiras são muito cuidadosas, o cuidado é excelente. Eu não vejo em momento nenhum elas lidando com os pacientes sem luva, sem tomar os cuidados, sempre subindo a grade da cama, sempre orientando, sempre ajudando a gente no banheiro, ajudando no banho [...], troca, não deixa urinado, limpa seu cocô, é excelente [...], informa todos os remédios que eu tô tomando, todo dia na hora que vem fala qual remédio, tudo de novo [...]. Então assim, eu me sinto muito segura aqui” (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*

*pra mim, já vai fazer exame de urina. Até agora eles tão cuidando muito bem de mim. Toda vez que elas aplica a medicação. A médica vem aqui todo dia de manhã, conversa comigo. Ela explica tudo direitinho” (E2).*

*“Não posso reclamar porque os médicos já passaram todas as informações possíveis, na sexta-feira agora 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, eu tenho até que parabenizá-la, toda medicação que ela me dá ela fala o nome da medicação e pra que tá me dando a medicação. Sendo super bem tratado” (E3).*

*“Boa porque os médicos dá mais atenção aqui n, 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).*

*“Meu médico chegava seis hora da manhã pra me atender. Fiz muita amizade com os enfermeiros, fiquei aqui mais de trinta dias. Aqui a enfermeira do dia e a da noite é muito boa, super atenciosa. Mas, em algumas falta às vezes higiene, vai colocar um aparelho no seu dedo, tinha que esterilizar [...], medir sua temperatura, esterilizar o termômetro. Às vezes mexia com ele,*

*colocava uma sonda nele de luva e depois abria o remédio pra mim tomar” (E6).*

*“Comigo, graças a Deus, correu tudo dentro do tempo certo” (E7).*

*“Os enfermeiros são bem atenciosos com o paciente. Aliás, enfim, todos eles, do maior ao menor, desde os zeladores ao médico, são bem atenciosos, são bem cuidadosos” (E8).*

*“Os enfermeiros são tudo gente boa também, tudo bem [...]” (E9).*

*“Acho a enfermeira muito prestativa e muito bom. Se não fosse primeiro Deus e depois os médicos eu num tava aqui hoje dando esse depoimento pra você. Me sinto muito seguro, porque no caso aqui é primeiro Deus e depois os profissionais” (E10).*

*“Veio o médico aqui e outra funcionária mediu pressão, olhou tudo. Elas traz a medicação, me dava o banho, tudo tranquilo. Eu nunca precisei, mas quando precisa é naquele sistema ali (caminha) que chama” (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. 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. 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.

A falta de equipamentos de segurança funcionantes, como a campinha 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.

## Discussão

A partir dos significados que se expressos nos depoimentos, que é a compreensão dos participantes, foi possível caminhar para a interpretação dos sentidos, saindo da esfera ôntica e caminhando para a ontológica, com a possibilidade de desvelamento do fenômeno<sup>(17)</sup>. Sendo assim, 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, independentemente de sua escolha. Neste contexto, estar hospitalizado não é uma escolha, está dado como factual, mas o modo como o fato da hospitalização é percebido e enfrentado, caberá de maneira individualiza ao “ser-aí-paciente-hospitalizado” e os profissionais da equipe<sup>(17)</sup>, em especial os da enfermagem e os colegas de quarto, pois 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”<sup>(17)</sup> desvela que estar internado é estar longe da família, dos laços afetivos de carinho e atenção. 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 a ele e aos seus colegas de quarto. 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, independentemente 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<sup>(14)</sup>.

Na experiência da hospitalização, o paciente passa por um regime de internação em que sua autonomia, individualidade e humanidade são esquecidas ou deixadas 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. 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. 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<sup>(19)</sup>.

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<sup>(12)</sup>. Mas, a rotina hospitalar impera nos horários de tratamento, descanso, higiene e alimentação, nem mesmo a decisão sobre alternativas de cuidado pode ser escolhida<sup>(15)</sup>.

Os participantes, 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 é o modo de atarefar-se ao que

está à mão. Eles percebem que são cuidados porque recebem alimentação, medicação, higiene, na rotina do hospital. Mas, 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<sup>(17)</sup>.

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. Ocupam-se em ajudar o outro como forma de buscar ajuda para si mesmo. A necessidade de ouvir e falar se mostra presente na vivência de internação. 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.

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<sup>(13)</sup>.

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”<sup>(8)</sup>. Todavia, a segurança do paciente é uma responsabilidade legal da enfermagem em garantia à 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<sup>(20)</sup>.

A segurança da assistência recebida pelos pacientes é desvelada pelos mesmos por meio da ambiguidade, em que eles pensam que compreenderam o que é segurança quando, na verdade, não compreenderam. Na fenomenologia *heideggeriana*, a ambiguidade se dá quando “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido

autenticamente quando, no fundo, não foi”<sup>(17)</sup>. 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 a 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 “como possibilidade de se compreender tudo sem ter se apropriado previamente da coisa”<sup>(17)</sup>.

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, “a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo, no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, embasadas em atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro”<sup>(21:315)</sup>. Sendo assim, a qualidade associada à segurança passa a ser estratégia essencial para a excelência do cuidado a ser prestado.

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 técnica imposto pelo hospital e as expectativas oriundas da internação do paciente<sup>(17)</sup>.

Durante as entrevistas, em momento algum foram citados 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”<sup>(17)</sup>, foi possível ser desvelado 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 fenomenologia hermenêutica<sup>(17)</sup>, 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.

## Conclusão

A enfermagem, como equipe que mais permanece em contato com o paciente, precisa valer de sua responsabilidade, pois ao mesmo tempo em que é a equipe mais presente, também é a responsável pela 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, a fim 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 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 à 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.

### Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.
3. Oguisso T, Campos PFS. Por que e para que estudar história da enfermagem? *Rev Enferm em Foco*. 2013; 4(1):49-53.
4. Soares R C. A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas UFP. 2010. 210 fl.
5. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):388-94.
6. Galhardi NM, Escobar EMA. Indicadores de qualidade de enfermagem. *Rev. Ciênc. Méd.* 2015; 24(2):75-83.
7. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 07 fev 2016]. Disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br).
8. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Módulo 6: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF). [acesso em 23 abr 2014]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Modulo\\_6.Implantacao\\_Nucleo\\_de\\_Seguranca.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Modulo_6.Implantacao_Nucleo_de_Seguranca.pdf).
9. Yoshikawa JM, Sousa BEC, Peterlini MAS, Kusahara DM, Pedreira MLG, Avelar AFM. Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. *Rev Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):21-9.
10. Alves EAV. Segurança do paciente: do erro à prevenção de risco. *Cad Ibero-Americanos do Direito Sanitário*. 2013; 2(2):723-33.
11. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014.
12. Gomes AMT, Santo CCE. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. *Rev. Enferm. UERJ*. 2013; 21(2):261-4.
13. Rosa RT, Gehlen MH, Ilha S, Fabiani WP, Cassola T, Stein DB. Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Rev Ciencia y Enfermería*. 2015; 21(3):37-47.
14. Schneider CM, Medeiros LG. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Rev Unoesc Cienc*. 2011; 2(2):140-54.

15. Amaral LR, Leite LS. A visão dos pacientes sobre o atendimento aos seus direitos no ambiente hospitalar. Rev ACRED. 2015; 5(10):49-67.
16. Freitas SF, Silva AEBC, Minamisava R, Beserra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Rev Latin-Am Enferm. 2014; 22(3):454-60.
17. Heidegger M. Ser e Tempo. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.º 466/12. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
19. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. *Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care*. Rev JAMA Surg. 2013; 148(4):362-7.
20. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Editora Artmed; 2010.
21. Lima FSS, Souza NPG, Vasconcelos PF, Freitas HÁ, Jorge SB, Oliveira ACS. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. Rev Enfermería Global. 2014; (35):311-27.