

LUIZITA HENCKEMAIER

**O IMAGINÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O
QUOTIDIANO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

**FLORIANÓPOLIS - SC
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Henckemaier, Luízita
O IMAGINÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA
DAS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O QUOTIDIANO DE HOSPITALIZAÇÃO
/ Luízita Henckemaier ; orientador, Rosane Gonçalves
Nitschke - Florianópolis, SC, 2016.
194 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Família. 4.
Enfermagem. 5. Atividades cotidianas. I. Nitschke, Rosane
Gonçalves. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

LUIZITA HENCKEMAIER

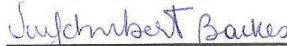
**O IMAGINÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA
PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O
QUOTIDIANO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM


E aprovada em 22/08/2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: **Filosofia e cuidado em saúde e enfermagem.**


Florianópolis, 22 de Agosto de 2016.

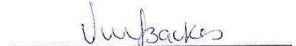



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:

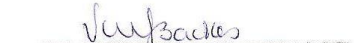

Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Presidente


Dra. Jussara Gue Martini
- Membro -


Dr. Alvaro Pereira
- Membro – vídeo conferência


Dra. Adriana Dutra Tholl
- Membro -


Dra. Lúcia Nazareth Amante
- Membro -


Dr. Raimunda da Costa Araruna
- Membro – vídeo conferência

Dedico este trabalho à Professora Dra. Ingrid Elsen, que esteve sempre presente tanto na minha trajetória acadêmica quanto profissional, com contribuições inigualáveis. E que instigou e estimulou a continuidade das pesquisas relacionadas à família, principalmente às hospitalizadas.

AGRADECIMENTOS

Durante o período de doutoramento, muitas foram as barreiras que estiveram presentes nesta trajetória, entre elas os problemas de saúde e as mudanças na vida profissional. Para conseguir chegar ao final, muitos auxílios foram recebidos, entre eles, a oração, que é suporte em minha vida. Portanto, agradeço a Deus a permanência e a conclusão deste curso de doutorado, lembrando que sem Ele, nada seremos.

Quero muito agradecer minha família que sempre esteve presente em todos os desafios da vida, até mesmo quando eu achava que a vida não mais me pertencia. Foi na família que consegui superar todos os obstáculos que estiveram em meu caminho. Em especial aos meus queridos pais, Helena e Bertolino que, apesar de não estarem mais fisicamente entre nós, sempre acreditaram em mim e no meu crescimento, desde o momento da concepção. Pai, Mãe devo toda a minha vida a vocês dois. Obrigada!

Aos meus onze irmãos que me viram nascer, crescer e desenvolver, sempre apoiando e aplaudindo cada etapa da minha vida. Saibam que somos uma família unida e servimos de alicerce um ao outro. Não esquecendo os cunhados, cunhadas, sobrinhos, sobrinhas e até mesmo os sobrinhos netos que me fizeram conhecer, re-conhecer e vivenciar os diferentes papéis que exerço dentro da família Henckemaier.

Às amigas Carin Iara Loeffler, Katya Margot Loeffler, Jacqueline Silva, Silvana Benedet, Mareluce Gehrke que fazem parte desta grande família, e que acompanharam a minha trajetória de vida, com momentos de inspirações e de descontrações que foram indispensáveis para chegar até aqui.

Agradeço à professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, pela amizade, incentivo incansável não permitindo, por várias vezes, a desistência deste doutorado. Agradeço também suas inúmeras contribuições por meio do seu conhecimento acerca da pesquisa em questão. Sabemos quantas dificuldades nos foram colocadas durante este processo, mas conseguimos superar todas e continuaremos lutando por uma profissão mais humanizada.

Além de dedicar-lhe esta tese, professora Dra. Ingrid Elsen, tenho muito a lhe agradecer, porque sempre foi muito mais do que uma professora. Foi com a senhora que aprendi o real significado do ser enfermeira, portanto volto a afirmar que a considero como “minha mãe na enfermagem”.

Agradeço aos demais membros da banca, efetivos e suplentes: Dra. Jussara Gue Martini, Dr. Álvaro Pereira, Dra. Adriana Dutra Tholl,

Dra. Lúcia Nazareth Amante, Dra. Francis Solange Vieira Tourinho e Dra. Raimunda da Costa Araruna, que aceitaram participar deste momento, dedicando o seu precioso tempo para dar valiosas contribuições para a finalização desta tese.

Aos docentes do curso de pós-graduação em enfermagem, que com seus ensinamentos contribuíram para a construção desta tese de doutoramento. Ao Programa de Pós-Graduação que me possibilitou a frequência neste curso, bem como a sua prorrogação para finalizar o trabalho.

Aos membros do NUPEQUISFAM-SC, que por meio das discussões nos encontros semanais sobre o cotidiano, o imaginário e nas práticas do “cuidar de si” e “cuidar do outro”, contribuíram para a minha reflexão e o meu autocuidado.

À equipe multiprofissional do Hospital Universitário, que me incentivou para o término do processo de doutoramento, representada pelos membros do Comitê de Segurança do Paciente, Núcleo de Vigilância Hospitalar, Serviço de Infecção Hospitalar, Grupo Humanização, Comissão de Ética, Diretoria de Enfermagem, Unidades de Internação Cirúrgica e Ginecológica.

Enfim, agradeço às famílias que aceitaram fazer parte deste estudo, e que após o término das entrevistas manifestaram seu agradecimento verbalizando este como uma oportunidade de aprendizado e de escuta por alguém dentro do hospital.

*“Ainda que tivesse o dom da profecia,
[...] que eu tivesse a fé, a ponto de
transportar montanhas, se não tivesse
amor, eu não seria nada” (Cor 13: 2).*

HENCKEMAIER, Luizita. **O imaginário da Segurança do Paciente na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização.** 2016. 194f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Cotidiano de Michel Maffesoli, que objetivou **compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização.** Através de entrevistas semiestruturadas e da observação, participaram do estudo 12 famílias que possuíam um de seus membros internado em um Hospital Universitário no Sul do Brasil, no período de março a maio de 2016. Utilizou-se o *software* Atlas.ti[®] para organização e agrupamento dos dados. A análise foi a partir de Shatzmann e Strauss, surgindo as categorias: **Membros da família: quem são estas pessoas? O cotidiano da família; O cotidiano da família no hospital; O significado da segurança do paciente e do cuidado seguro; Experiências anteriores acerca da segurança do paciente; A família como partícipe da segurança do paciente; Equipe de saúde preparada para o cuidado seguro; Limites e Potências para a Segurança do Paciente.** Esta pesquisa resultou em quatro manuscritos, sendo o primeiro relacionado à *segurança do paciente e a família no cotidiano hospitalar*, analisando as produções sobre a segurança do paciente e as famílias no cotidiano hospitalar, no período de 2011 a 2016. O segundo, *a produção do conhecimento sobre cotidiano e imaginário em dissertações e teses na enfermagem brasileira* objetivou analisar a produção em dissertações e teses dos pesquisadores da enfermagem brasileira sobre cotidiano e imaginário, no período de 2000 a 2015. O terceiro, *o cotidiano da família diante da hospitalização* buscou compreender o cotidiano da família durante a internação hospitalar de um de seus membros. O cotidiano evidenciado pelos modos de vida diante da hospitalização é marcado pela incerteza do diagnóstico, do tratamento e a vida que continua fora do hospital, sendo necessária uma organização familiar para estar junto. E o quarto, *o imaginário da família acerca da segurança do paciente no encontro com o cotidiano da hospitalização*, objetivou compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na

perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização. Evidencia-se a satisfação das famílias com o cuidado profissional, valorizando ter conseguido uma vaga em um hospital bem qualificado, assim como percebem falhas na comunicação entre os profissionais e a família. Conclui-se que a família está atenta aos movimentos que acontecem no hospital, desde os mais complexos aos mais simples, apontando potências e limites para a Segurança do Paciente que ocorrem no cotidiano da hospitalização. Destaca-se a relevância do imaginário envolvendo a Segurança do Paciente, especialmente, no que se refere à construção de uma Cultura de Segurança, considerando que as pessoas agem de acordo com os significados que os eventos têm para elas. Reafirmando-se a Tese: **a Família é uma importante aliada na Segurança do Paciente, sendo preciso compreender seu cotidiano e seu imaginário, para, assim, contribuir afetivamente e efetivamente, para a garantia de um cuidado seguro e a construção de uma cultura da segurança no cotidiano da hospitalização.**

Palavras-chave: Segurança do paciente. Família. Enfermagem. Atividades cotidianas. Imaginário. Hospitalização. Saúde.

HENCKEMAIER, Luizita. **The Imaginary of the Inpatient Safety from the Perspective of Families Experiencing the Daily Routine of a Hospitalization.** 2016. 194f. Thesis (Doctorate in Nursing) Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ABSTRACT

This is a field research with a qualitative, exploratory and descriptive approach, based on the Day-to-Day Life and Comprehensive Sociology of Michel Maffesoli, aimed to **understand the imaginary of inpatient safety and safe healthcare from the perspective of families experiencing the daily routine of a hospitalization.** Conducted through semi-structured interviews and observation, the study included 12 families that had one of its members admitted as an inpatient in a university hospital, from March to May 2016. We used the Atlas.ti © *software* for arranging and assorting of data. The analysis, from the work of Shatzmann and Strauss, raised the following categories: **family members: who are these people? The day-to-day life of the family; the daily routine of the family in the hospital; the significance of inpatient safety and safe healthcare; previous experiences related to inpatient safety; the family as a participant of inpatient safety; well-prepared staff for safe healthcare; Limits and Powers for Patient Safety.** This research resulted in four manuscripts, the first of which linked to the *safety of the inpatient and the family in the daily routine of the hospital*, analyzing the scientific output on the safety of the inpatient and the family in the daily routine of a hospital, from 2011 to 2016. The second, *the scientific output related to day-to-day life and imaginary of dissertations and theses in the scope of Brazilian nursing practice*, intended to analyze the output of Brazilian nursing on day-to-day life and imaginary, from 2000 to 2015. The third, *the family's daily life facing the hospitalization* purposed to understand the day-to-day life of the family when one of its members is an inpatient. In addition to coping with the hospitalization of a member, the daily life of the family is characterized by uncertainty of diagnosis, treatment and the life that goes on outside the hospital, making it necessary to plan family

activities to stay with the inpatient. Fourth, *the family imaginary connected to the safety of the inpatient in meeting with the daily routine of a hospitalization*, in order to understand the imaginary of inpatient safety and safe healthcare from the perspective of families experiencing the daily routine of a hospitalization. The satisfaction of families with professional care is evident, appreciating the fact of having obtained an admission in a highly regarded hospital; on the other hand, the families realize miscommunication between professional staff and family. It is concluded that the family is aware of the movements taking place in the hospital, from the most complex to the simplest, pointing powers and limits for inpatient safety that occur in the daily routine of the hospital. It highlights the importance of imaginary involving the Inpatient Safety, especially as regards the construction of a safety culture, taking into account that people act according to what they think the meaning of events is. Reaffirming the point: **the family plays a critical role in Patient Safety, and it's necessary to understand their day-to-day lives and their imaginary to contribute affectively and effectively and to ensure safe healthcare and to build a culture of safety in the daily routine of a hospital stay.**

Keywords: Patient safety. Family. Nursing. Activities of daily living. Imaginary. Hospitalization. Health.

HENCKEMAIER, Luizita. **El imaginario de la seguridad del paciente en la perspectiva de las familias viviendo la rutina diaria de la hospitalización.** 2016. 194f. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RESUMEN

Se trata de una investigación de campo con un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en la Sociología Comprensiva y de la Vida Cotidiana de Michel Maffesoli, cuyo objetivo es **entender el imaginario de la seguridad del paciente y del cuidado de saúde seguro desde la perspectiva de las familias que experimentan la rutina diaria de la hospitalización.** A través de entrevistas semiestructuradas y observación, el estudio ha incluido 12 familias que tenían uno de sus miembros internado en un hospital universitario, del marzo a mayo de 2016. Se utilizó el *software* Atlas.ti © para organizar y agrupar los datos. El análisis fue llevado a cabo basado en Shatzmann y Strauss, donde se emergen las categorías: **miembros de la familia: ¿Quiénes son estas personas? La vida cotidiana de la familia. La vida cotidiana de la familia en el hospital; la importancia de la seguridad del paciente y del cuidado seguro; las experiencias previas sobre la seguridad del paciente; la familia como participante de la seguridad del paciente; equipo de salud preparado para una atención segura; límites y potencias para la seguridad del paciente.** El resultado de esta investigación ha resultado en cuatro manuscritos, el primero relacionado con *la seguridad del paciente y de la familia en la rutina diaria del hospital*, mediante el análisis de las producciones científicas acerca de la seguridad del paciente y de la familia en la rutina diaria del hospital, del 2011 a 2016. La segunda, *la producción de conocimiento acerca de la vida cotidiana del imaginario de disertaciones y tesis en enfermería brasileña*, tuvo como objetivo analizar la producción de disertaciones y tesis de los investigadores de la enfermería brasileña acerca de la vida cotidiana y del imaginario, del 2000 a 2015. El tercero, *la vida cotidiana de la familia ante la hospitalización*, tuvo el objetivo de comprender la vida cotidiana de la

familia durante la hospitalización de uno de sus miembros. La vida cotidiana que se evidencia por los modos de vida ante la hospitalización está marcada por la incertidumbre del diagnóstico, del tratamiento y por la vida que continúa fuera del hospital, lo que requiere una organización de la familia para estar presente con el miembro internado de la familia. Y el cuarto, *el imaginario de la familia sobre la seguridad del paciente viviendo la rutina diaria de la hospitalización*, cuyo objetivo es entender el imaginario de la seguridad del paciente y del cuidado desde la perspectiva de las familias que experimentan la rutina diaria de la hospitalización. La satisfacción de las familias con la atención profesional es evidente, valorando la obtención de una internación en un hospital altamente calificado, así como se dan cuenta de la falta de comunicación entre los profesionales y familiares. Se concluye que la familia está al tanto de los movimientos que tienen lugar en el hospital, desde los más complejos a los más sencillos, señalando poderes y límites para la seguridad del paciente que se producen en la rutina diaria de la hospitalización. Se destaca la importancia del imaginario que implica la seguridad de los pacientes, sobre todo en lo relativo a la construcción de una cultura de seguridad, teniendo en cuenta que las personas actúan de acuerdo con el significado de que los eventos tienen para ellos. Reafirmando la tesis: **la familia desempeña un papel muy importante en la seguridad del paciente, y es necesario entender su vida cotidiana y su imaginario, para así contribuir afectiva y efectivamente, para garantizar una atención segura y la construcción de una cultura de seguridad en el cotidiano de la hospitalización.**

Palabras-Clave: Seguridad del paciente. Familia. Enfermería. Actividades cotidianas. Imaginario. Hospitalización. Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos estudos selecionados quanto ao ano de publicação (2011-2016), autores, título do artigo e periódico.	51
Quadro 2 - Apresentação do álbum das famílias.	81
Quadro 3 - Apresentação do Manuscrito 1: A segurança do paciente e a família no cotidiano hospitalar	89
Quadro 4 - Apresentação do Manuscrito 2: A produção do conhecimento sobre cotidiano e imaginário em dissertações e teses na enfermagem brasileira	90
Quadro 5 - Apresentação dos resultados através das categorias do Manuscrito 3: O cotidiano da família diante da hospitalização.	91
Quadro 6 - Apresentação dos resultados através das categorias do Manuscrito 4: O imaginário da família acerca da segurança do paciente num encontro com o cotidiano da hospitalização.	91
Quadro 7 - Caracterização dos estudos de acordo com o Referencial Teórico-Metodológico	97
Quadro 8 - Relação das teses e dissertações incluídas no estudo	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica do cotidiano da família diante da hospitalização	87
Figura 2: Representação gráfica do imaginário da família acerca da Segurança do Paciente.....	88

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn/N - Associação Brasileira de Enfermagem Nacional
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
BMJ - *British Medical Journal - Quality and Safety*
CEAQ – *Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien*
CEC/UFSC - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina
CEPEn - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFEn – Conselho Federal de Enfermagem
COREn – Conselho Regional de Enfermagem
COSEP - Comitê de Segurança do Paciente
CONEP - Conselho Nacional de Pesquisa
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
EA – Eventos adversos
EAM - Efeitos Adversos a Medicamentos
EFC - Ensino Fundamental Completo
EFI - Ensino Fundamental Incompleto
EMC - Ensino Médio Completo
ESC - Ensino Superior Completo
ESI - Ensino Superior Incompleto
EUA – Estados Unidos da América
GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família
HM – Higienização das Mãos
HU - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
IOM - *Institute of Medicine*
IRAS - Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde
JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH - *Medical Subject Headings*
MIFS - *Medical Insurance Feasibility Study*
MS – Ministério da Saúde
NI - Notas de Interação
NM - Notas Metodológicas
NOTIVISA - Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NR - Notas Reflexivas

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
NT - Notas Teóricas
NUPEQUISFAM-SC - Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina.
NUPEQS-SC - Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Quotidiano, e Saúde de Santa Catarina.
OACs - Organização Altamente Confiáveis
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PEN - Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PubMed - *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*
RAM – Reações Adversas relacionadas a Medicamentos
REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem
REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SciELO - *Scientific Electronic Library On-line*
SN – Sistema de Notificação
SP - Segurança do Paciente
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UP - Úlceras por Pressão
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	25
1.1 UM ENCONTRO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE E O IMAGINÁRIO NO QUOTIDIANO	25
1.2 OBJETIVO GERAL.....	33
1.3 TESE	33
CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA.....	35
2.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL.....	35
2.2 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	37
2.3 O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	42
2.4 MANUSCRITO 1: A SEGURANÇA DO PACIENTE E A FAMÍLIA NO QUOTIDIANO HOSPITALAR.....	46
CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	67
3.1 APRESENTANDO MICHEL MAFFESOLI	67
3.2 ALGUMAS NOÇÕES APRESENTADAS POR MICHEL MAFFESOLI	68
3.2.1 <i>Primeiro Pressuposto: A crítica ao dualismo esquemático</i>	70
3.2.2 <i>Segundo Pressuposto: A forma</i>	71
3.2.3 <i>Terceiro Pressuposto: Uma sensibilidade relativista</i>	72
3.2.4 <i>Quarto Pressuposto: Uma pesquisa estilística</i>	73
3.2.5 <i>Quinto Pressuposto: Um pensamento libertário</i>	73
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	75
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	75
4.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	76
4.3 COLETA DOS DADOS	77
4.4 ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA	78
4.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA	80
4.6 REGISTRO DOS DADOS	84
4.7 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	85
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	86
CAPÍTULO V – RESULTADOS.....	89
5.1 MANUSCRITO 2: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO EM DISSERTAÇÕES E TESES NA ENFERMAGEM BRASILEIRA.....	92
5.2 MANUSCRITO 3 – O QUOTIDIANO DA FAMÍLIA DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO	114

5.3 MANUSCRITO 4 – O IMAGINÁRIO DA FAMÍLIA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NUM ENCONTRO COM O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO	134
CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	183
APÊNDICE A: PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	184
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	186
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	188
APÊNDICE D: DIÁRIO DE CAMPO	189
ANEXO A: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	192

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1 UM ENCONTRO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE E O IMAGINÁRIO NO QUOTIDIANO

O enfoque do cuidado de enfermagem à família sempre esteve presente no cotidiano ao longo da experiência de vinte e quatro anos de profissão. Toda esta caminhada construída, desde o início da atuação como profissional enfermeira na área hospitalar na unidade de terapia intensiva adulto, passando pela emergência, unidade de internação cirúrgica até maternidade, manteve e reforçou a importância tanto do cuidado à família, como do cuidado transcultural na hospitalização.

Com base na história de vida, pautada nos laços de família construídos ao longo desta trajetória, sempre houve a busca da inclusão da família, enquanto unidade de cuidado, em todas as etapas do cotidiano hospitalar na atuação como enfermeira. Assim, os caminhos percorridos para fundamentar a importância do cuidado à família hospitalizada foram se entrelaçando com história de vida profissional, a começar pela participação em grupos de pesquisa.

Na década de 90, durante a Graduação em Enfermagem, surgiu a oportunidade de participar como membro do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM), criado e dirigido pela Professora Dra. Ingrid Elsen. As diversas modalidades de bolsa de pesquisa existentes na época fizeram parte da formação profissional com participação em todas as atividades desenvolvidas pelo grupo de pesquisa, oportunizando, inclusive a divulgação em meio científico das produções realizadas.

Por sua vez, a atuação profissional como enfermeira assistencial iniciou em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral em Florianópolis, concomitante a função de pesquisadora no GAPEFAM. Dois mundos completamente diferentes, mas indispensáveis para a construção do conhecimento técnico e político acerca da profissão e dos problemas de saúde da população brasileira.

Então aconteceu o inusitado... Numa noite de plantão na UTI, por volta das vinte e duas horas, ouço um grito estridente de “socorro”. Imediatamente nos dirigimos ao corredor do hospital e já era visível a nuvem negra de fumaça... Inacreditável, mas estava acontecendo um horrível incêndio que destruiu 80% do hospital, inclusive a UTI. Os pacientes foram levados em ambulância para os outros hospitais da grande Florianópolis.

No dia seguinte, além do cheiro de fumaça impregnado no corpo, veio a incerteza do emprego. Como continuaríamos a atuar na profissão, se o local de trabalho estava destruído? Então, recebi a notícia de que seria transferida para a UTI de um Hospital Estadual, ficando quatro meses até a recuperação do hospital de origem. Neste período, fui questionada por alguns profissionais sobre a perda de equipamentos específicos da UTI durante o fogo. A resposta imediata dada foi que o mais importante era salvar as vidas que estavam sob os nossos cuidados em um momento trágico como um incêndio.

Neste momento, ficou claro que a segurança que queremos vai muito além dos bens materiais, mas sim das vidas que estão envolvidas nos eventos que podem acontecer no decorrer dos nossos plantões. Segurança esta que envolve as vidas das pessoas que estão necessitando de cuidados especializados e que esperam a recuperação de sua saúde e não acrescentar agravos que podem prolongar o tempo de tratamento.

Há mais de dois mil anos, o chamado “pai da medicina”, Hipócrates já defendia a importância de manter as pessoas que necessitam de cuidados nas instituições de saúde com o máximo de segurança (WACHTER, 2013). Assim, também Florence Nightingale, nossa precursora na Enfermagem, já enunciava que o mínimo que podemos fazer é proteger as pessoas que estão sob os nossos cuidados nas instituições de saúde (NIGHTINGALE, 1989).

Deste modo, no dia a dia da unidade de emergência e, depois, nas unidades de internação cirúrgica, emergência obstétrica/ginecológica e internação ginecológica, vêm confirmando a importância de cuidar das pessoas e suas famílias, tentando minimizar os riscos que podem estar envolvidos no cotidiano hospitalar.

Continuando a trajetória profissional, cursei a Especialização em Enfermagem em Saúde da Família e o Mestrado em Assistência de Enfermagem, cujos trabalhos de conclusão tiveram foco na família em situação de hospitalização na unidade de internação ginecológica, sendo fundamentados no cuidado transcultural, o que veio aprofundar este conhecimento contextualizado no cotidiano do ser enfermeira.

A oportunidade de docência junto à assistência surge em 1998, momento em que a contribuição e crescimento da vida acadêmica foram importantes para a formação profissional. Neste período, várias atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão, vivenciadas trouxeram-me o encanto do crescimento profissional junto aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma Universidade do Sul de Santa Catarina, inclusive tendo a oportunidade de coordená-los por três anos. Durante os encontros com os estudantes, embora baseados em

metodologia tradicional, conseguimos trazer o cotidiano da prática profissional para sala de aula e as evidências científicas para o ambiente hospitalar. Entre um ir e vir de compartilhar saberes passaram-se doze anos de muito aprendizado, pautados nos princípios do aprender a aprender, quebrando paradigmas até então construídos na trajetória acadêmica.

Como não poderiam deixar de ocorrer, vieram as mudanças. Ao dar uma pausa no cotidiano da docência, devido às mudanças institucionais, surgiu a necessidade de continuar a realizar pesquisas, quando se iniciou minha participação no Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC).

A abordagem dos processos de viver e ser saudável, com base nos pressupostos da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, tem se constituído objeto de análise no decorrer da história do NUPEQUISFAM-SC, buscando respostas às questões vividas no cotidiano da enfermagem e dos serviços de saúde.

O NUPEQUISFAM-SC foi criado em 1993, como Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Quotidiano, e Saúde de Santa Catarina, NUPEQS-SC, sob coordenação da Prof. Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende, inspirado no *Centre d'Etude sur l'Actuel et le Quotidien* – Sorbonne, Paris V, dirigido pelo Prof. Dr. Michel Maffesoli e na vivência do NUPEQS-MG, estando desde sua criação ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) (NITSCHKE, 1999).

Constituiu-se como Projeto Integrado de Pesquisas e Estudos em 1994, ocasião em que se cadastrou junto ao Diretório de Grupos do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq). A professora Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende coordenou o grupo de pesquisas até 1997, quando a liderança passou à professora Rosane Gonçalves Nitschke, até 2008, e de 2010 até o momento, a qual integra o grupo desde sua criação, contribuindo com os estudos sobre família e saúde, entrelaçando-os com a perspectiva do cotidiano e do imaginário na pós-modernidade.

Assim, a trajetória do grupo, ao longo de seus vinte e três anos, foi sendo pontuada por produção científica significativa, integrando ensino, pesquisa e extensão, enfocando o cotidiano, ressaltando-se o imaginário, a razão sensível, no seu entrelaçamento com a área da saúde em geral, mas, sobretudo, na área da enfermagem e da família, caracterizando-se assim nos dias de hoje como Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM - SC).

A vontade de continuar desbravando o mundo do conhecimento resultou com a aprovação para cursar o Doutorado em Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC, na Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem. Inicialmente, pretendia continuar com os estudos na área da ginecologia, mais especificamente com mulheres hysterectomizadas e suas famílias, fundamentada na Sociologia Compreensiva do Quotidiano de Michel Maffesoli, sob a orientação da Professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Surgiu então, a oportunidade de ser aprovada para ser a primeira enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Coordenadora do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP), ambos em um Hospital Universitário. Quantas mudanças e quantas dúvidas e desafios entrelaçados! Junto a essas mudanças, o desafio expresso pela necessidade de mudar o projeto de tese, vindo a focar em uma área pouco estudada que é a **Família como aliada na Segurança do Paciente**, continuando com o mesmo referencial. Um grande desafio que se colocava em meu cotidiano profissional e acadêmico!

Novas motivações passaram a fazer parte da trajetória durante o ano de 2014 e as participações em cursos relacionados à segurança do paciente, vieram a ser um diferencial para diminuir as dúvidas e firmar as mudanças até então ocorridas. Estes eventos foram fundamentais para o fortalecimento, tanto do trabalho desenvolvido no NSP e COSEP de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, como no prosseguimento da pesquisa no doutorado. As capacitações nesta área foram indispensáveis para instrumentalização acerca do tema, ou seja, para implementar as metas e ações de Segurança do Paciente (SP), bem como para estar qualificada para um contínuo compartilhar saberes na pesquisa, ensino e extensão, iniciando uma nova caminhada em minha trajetória profissional e pessoal.

A Segurança do Paciente tem sido palco de discussões em diversas áreas do conhecimento. Isso se deve ao fato das ocorrências de inúmeros casos de danos causados por falhas durante a assistência prestada pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde do mundo inteiro.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Segurança do Paciente é entendida como a união de esforços para proteção das pessoas, na tentativa de redução dos atos inseguros, melhorando processos institucionais e com isso a lapidação da cultura de segurança (WHO, 2009).

Os Eventos Adversos, já enunciados por Florence Nightingale, decorrentes da assistência institucional são entendidos como lesões corporais não intencionais, que podem aumentar desde os custos hospitalares, prolongamento do tempo de internação, causarem danos irreversíveis e até a morte da pessoa (WACHTER, 2013).

Neste sentido, Ferreira (2007, p. 14) aborda em seus estudos os Eventos Adversos e enfatiza como “complicações indesejadas, decorrentes do cuidado prestado aos ‘pacientes’ e não atribuídas à evolução natural da doença de base, sendo, em sua maioria, evitáveis”, ou seja, os profissionais e instituições de saúde possuem o compromisso de causar o mínimo de danos a essas pessoas que estão necessitando de internação e/ou atendimento.

Já o incidente é entendido como um “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao ‘paciente’”, ou seja, são eventos que podemos estabelecer estratégias na qualidade e segurança no cuidado à pessoa que se encontra na instituição hospitalar (BRASIL, 2013, p. 3).

A Segurança do Paciente pode ser compreendida como “uma importante dimensão da qualidade, definida como o direito das pessoas” de terem o mínimo de riscos de incidentes e Eventos Adversos associados ao cuidado prestado na instituição hospitalar (FREITAS et al., 2014, p. 458).

Nos serviços de saúde, os incidentes ou Eventos Adversos podem ocorrer em qualquer momento e a partir de “qualquer ato não intencional ou pretendido”, realizado por profissionais considerados bons. E aí, podemos pensar no erro, como “não intencional, ao passo que as violações são geralmente intencionais, embora raramente malicioso, e pode tornar-se rotina e automática em determinados contextos”. Sendo o erro definido como “um fracasso para realizar uma ação planejada como pretendido ou aplicação de um plano incorreto”. A violação, por sua vez, “é um desvio deliberado de um procedimento operacional, padrão ou regra”. Mas, independente se foi um erro ou violação, ambos podem aumentar os riscos de acontecer um incidente com as pessoas nas instituições de saúde (RUNCIMAN et al., 2009, p. 22-23).

Embora tenha intensificado essa preocupação nos últimos dez anos, não é um tema novo, pois desde a formação profissional há o compromisso em oferecer cuidados de enfermagem de forma segura, evitando ao máximo a ocorrência de danos às pessoas internadas no hospital. A família, por sua vez, entra nesse processo, passando a vivenciar uma realidade diferente do seu mundo. Paralelamente, vem à

necessidade de estar junto ao seu familiar, continuando o cuidado familiar, assim como também tem a necessidade de ser cuidada pelas pessoas que convivem neste ambiente.

A pessoa, como membro integrante de uma família, ao longo da vida experimenta desafios relacionados à mudança de papéis que é marcada a partir do nascimento, envolvendo fatos do viver e do conviver que passam a se tornar importantes para o seu crescimento e desenvolvimento. Neste percurso do seu ciclo vital, ao necessitar ser internada em um hospital, em seu cotidiano, a pessoa vivencia eventos diferentes de seu dia a dia e que envolvem rotinas, equipes de profissionais e tecnologias diferentes, muitas vezes, com imagens desconhecidas e estranhas, as quais seu corpo individual e familiar está exposto, incluindo vulnerabilidades, que nem sempre são fáceis de serem superadas (MOTTA et al., 2011).

Segundo Helman (2003) o corpo humano envolve várias crenças com significados tanto de sua estrutura e funcionamento quanto sociais e psicológicos. Neste sentido, a maneira como a pessoa percebe seu corpo é entendida como imagem corporal, que depende das interações com a família, com o meio cultural e social.

A imagem, por sua vez, está presente em todos os espaços que as pessoas se relacionam. Segundo Maffesoli, “não há nenhum aspecto da vida social que não esteja contaminado pela imagem” (1995, p. 137). Nitschke nos alerta “as imagens fazem parte de nossa vida de todo o dia, assim como a saúde, seja como um elemento concreto seja como algo simbólico que existe” (1999, p. 14), compreendendo imagem como “qualquer coisa que se apresenta aos nossos olhos através de figuras, de formas, de cores. Entretanto, estas coisas podem também se apresentar ao nosso espírito de uma maneira abstrata, ‘ancoradas’ no nosso imaginário”. E este **imaginário**, o que é? Podemos considerar como um “mundo de significados, de ideias, de fantasias, de evocação de figuras já percebidas ou não percebidas, de crenças, de valores, onde o ser humano está mergulhado”. Enfim, o “imaginário, é um mundo de significados, que são incorporados a imagens” (NITSCHKE, 1999, p. 46).

Maffesoli propõe sua noção de **mundo imaginal**, “todo este conjunto feito de imagens, de imaginações, símbolos, e imaginário, no qual a vida social é moldada” (1995, p. 89). Neste sentido, declara Nitschke, (1999, p. 47), “se o viver aí se molda o ser saudável também aí se ancora. Este mundo imaginal também é referência para as interações que envolvem a saúde das famílias e para o seu ser saudável”.

Ao enfocarmos o cotidiano da hospitalização, um dos fatores

que é relevante para entender o mundo imaginal da família é a busca dos significados da internação hospitalar, e tudo que este contexto envolve, e, principalmente, a sua relação com as pessoas que estão vivenciando essa situação. Deste modo, o profissional de saúde pode atuar de forma legítima envolvendo estas noções, para auxiliar na garantia do cuidado seguro às pessoas e suas famílias durante a hospitalização.

O hospital é entendido por Motta (2004, p. 154) como “um mundo organizado e preparado para proteger e manter a vida, preservar a existência do ser, recuperando ou melhorando a qualidade de vida dentro dos limites da doença e dos recursos tecnológicos disponíveis”. Um cotidiano onde há um entrelaçar de conhecimentos científicos e técnicos que, muitas vezes, sobrepõe o cuidado prestado às pessoas que vivenciam problemas de saúde, onde a segurança da pessoa internada, denominada, **Segurança do Paciente** coloca-se com uma bandeira de um cuidado efetivo, sendo a família partícipe deste cuidado.

A hospitalização que pode levar a um distanciamento do ambiente familiar é permeada de sentimentos relacionados à necessidade de diminuir esta lacuna, que pode ser significada como o “estar junto” emergente (MAFFESOLI, 2010a) neste cotidiano. O cotidiano é entendido como “a maneira de viver o dia a dia das pessoas”, sendo “expresso por suas interações, crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que vai delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p. 24).

Neste sentido, faz-se necessária a inclusão da família nos processos que envolvem o seu familiar que está necessitando de cuidados de saúde durante a permanência no hospital. Entretanto, a família nem sempre é vista como uma aliada no ambiente hospitalar, como as pesquisas de Tholl (2002) e Souza (2008).

No cotidiano da minha experiência profissional, foram inúmeras as vezes que ouvi dos profissionais de saúde que a família só atrapalha no desenvolvimento das atividades, ou ainda, que é devido a sua presença que as infecções têm aumentado e que os procedimentos não obtiveram sucesso! Assim, não se relacionam os riscos aos quais as pessoas hospitalizadas estão expostas, ao excesso de atividades com turnos prolongados pela equipe de saúde, ao dimensionamento de pessoal inadequado para as demandas do setor, ao número elevado de pessoas no quarto, muitas vezes atribuído às características de um hospital escola, a área física incompatível com o número de leitos por quarto, enfim, a não aplicação de boas práticas pelos profissionais de

saúde, entre tantos outros fatores que podem comprometer a segurança das pessoas que estiverem precisando de cuidados especializados.

Fundamentando esta afirmação está a pesquisa de Tholl (2002, p. 83), ao dizer que o imaginário sobre o acompanhante para a equipe de enfermagem está relacionado ao bom ou mau acompanhante. O considerado “bom” é aquele que se “molda as rotinas instituídas, e o mau acompanhante é aquele que tenta relativizar o instituído”. A autora acrescenta que é necessário que ele “se utilize da astúcia e do silêncio como forma de reagir e reivindicar o seu espaço no cotidiano da hospitalização face à imposição das normas instituídas”.

A imagem construída pela equipe de enfermagem na pesquisa de Tholl (2002, p. 126) sobre papel do acompanhante profissional da saúde está relacionada ao ser um “avaliador” das atividades desenvolvidas, uma pessoa “chata” por cobrar mais que os demais acompanhantes, “exigente” na exclusividade dos cuidados, “ser superior” e “abusado”, burlando as normas estabelecidas na instituição, “indelicado” e “grosseiro”, mas que também se mostra “mais sensível”, demonstrando sofrimento no andamento da internação.

Neste sentido, Silva, Wegner e Pedro (2012, p. 338), ao estudar a segurança da criança na unidade de terapia intensiva na visão da família, apontam que nestas situações de complexidade a família “desenvolve um olhar aguçado, sendo questionador, curioso, inseguro, o que pode ser muitas vezes interpretado como um familiar inflexível, invasivo e indesejado pela equipe de saúde, por ele estar indagando sobre o que está acontecendo com seu filho”.

Assim, também, é importante resgatar as palavras de Souza (2008, p. 30), ao afirmar que nas instituições hospitalares, o foco ainda é no paciente e, muitas vezes, na doença, reafirmando o modelo biomédico. Neste sentido, tornam o cuidado de enfermagem não considerando as famílias no ambiente hospitalar, quando estas acabam sendo condizentes com as normas e rotinas estabelecidas, dificultando e não estimulando as mudanças no cotidiano de cuidado da Enfermagem, nem mesmo a instrumentalização para incluir a família no cuidado. Costumo dizer que se abrem as portas do hospital para a família entrar, mas não há um investimento no preparo destes profissionais para incluir a família no cuidado.

Acredito também que o cotidiano do cuidado de enfermagem junto às pessoas hospitalizadas, envolve a família das quais fazem parte, considerando o que Nitschke (1999, p. 176) coloca: “trabalhar com família significa não perdê-la do nosso foco, o que não quer dizer que devemos estar com todos os elementos da família ao mesmo tempo, mas

é nunca perdê-la de vista enquanto rede”.

Entendemos que há uma escassez de pesquisas com foco nas famílias no cotidiano do hospital, envolvendo a Segurança do Paciente, o que é reafirmado por Berger et al. em 2014, em suas pesquisas de revisão. Tendo encontrado apenas 12 trabalhos acerca do tema, estando aqui uma sinalização sobre a relevância deste estudo.

Deste modo, consideramos que esta pesquisa vem contribuir para melhorar a qualidade e a segurança do cuidado prestado, considerando a família como aliada neste processo, bem como estimular outros profissionais na assistência, ensino e pesquisa, fortalecendo a produção do conhecimento acerca do tema em questão.

Embora as famílias enfrentem desafios com a internação de um de seus membros, elas podem ser parceiras da equipe de saúde ao planejar os cuidados a serem prestados, especialmente, quando se tem como foco a Segurança do Paciente (HENCKEMAIER, 2004). Entretanto, para tal, é fundamental mergulhar no mundo destas famílias, que envolve o seu imaginário, suas crenças seus valores, o que nos leva a questionar: **Qual é o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização?**

1.2 OBJETIVO GERAL

Compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização.

1.3 TESE

A Família é uma importante aliada na Segurança do Paciente, sendo preciso compreender seu cotidiano e seu imaginário, para, assim, contribuir, afetivamente e efetivamente, para a garantia de um cuidado seguro e a construção de uma cultura da segurança no cotidiano da hospitalização.

CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo trataremos inicialmente, uma contextualização acerca da segurança das pessoas internadas, reportando aos avanços ao longo da história dos cuidados em saúde, as metas internacionais de segurança do paciente e o fortalecimento da cultura de segurança nas instituições de saúde. A seguir, buscando contemplar a família hospitalizada e a segurança da pessoa internada, trataremos uma revisão integrativa de literatura, em forma de manuscritos, conforme permite a Instrução Normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que prevê a produção de manuscritos de autoria do discente juntamente com o orientador, inclusive na Revisão de Literatura “sobre o assunto da pesquisa” como “resultados de pesquisa bibliográfica”.

Assim, após contextualizar a segurança das pessoas internadas nos hospitais, trataremos o primeiro manuscrito, intitulado “A segurança do paciente e a família no cotidiano hospitalar”, o qual faz uma revisão de 2011 a 2016 em bases de dados, tendo selecionado vinte e oito artigos relacionados com tema em questão, de acordo com critérios de inclusão e exclusão.

2.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL

A Segurança do Paciente (SP) tem sido foco de discussões internacionais há mais de um século entre os estudiosos da área da saúde, sendo que a preocupação com cuidados seguros vem desde a época de Hipócrates (BUENO; FASSARELA, 2013).

Acredita-se que os erros e falhas ocasionados pelos profissionais de saúde durante os cuidados prestados às pessoas hospitalizadas, provocam prejuízos e/ou prolongam o tempo de recuperação da saúde durante a internação hospitalar. Hipócrates propôs que, ao tratar as pessoas, devemos preservar a segurança e, por sua vez, a sua vida, dizendo que: “antes de tudo, não causar danos” no cuidado em saúde (WACHTER, 2013, p. 3). Com esta proposição, o ‘pai da medicina’, admitia que “os atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do ‘paciente’ já era vista como prioridade” (BUENO; FASSARELA, 2013, p. 2).

Nessa perspectiva, Florence Nightingale, “mãe da Enfermagem Moderna”, marcou a profissão pela preocupação com a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, enfocando em suas publicações “o não

causar danos” durante todo o cuidado em saúde (LOPES; SANTOS, 2010). Em 1863, em seu livro *Notes on Hospitals*, Nightingale reflete sobre a importância do cuidado seguro às pessoas, exemplificada através da frase: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (PEDREIRA, 2009, p. 1).

Após a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, responsável pela acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade das instituições de saúde, surge o primeiro trabalho referente à prevalência e forma de evitar as iatrogenias (BUENO; FASSARELA, 2013).

A acreditação hospitalar, que foi implantada no final da década de 80 no Brasil, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), objetivou “criar mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento” para a condição de hospital “acreditado” (BRASIL, 2014, p. 334).

Houve muitas publicações que influenciaram nesta crescente preocupação sobre a SP, a exemplificar as realizadas a partir dos estudos em *Harvard Medical Practice Study*, que estimaram as mortes causadas por erros em números alarmantes entre 44 a 98 mil ao ano, causadas por danos nos cuidados de saúde. Porém a mais significativa publicação foi a do *Institute of Medicine (IOM)*, em 1999, com o relatório “*To Error is Human: Building a Safer Care System*”, que desencadeou a importância de considerar a Segurança do Paciente nos serviços de saúde (WACHTER, 2013).

Com o passar dos anos, várias ações estão sendo implantadas no Brasil e no mundo. Uma das tantas iniciativas surgiu na Assembleia Mundial de Saúde em 2002, dos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), quando estabeleceram uma resolução para melhorar a SP. No ano de 2003, a *The Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*, definiu metas de segurança como forma de minimizar os riscos das pessoas em internação hospitalar e exigiu que os hospitais as implantassem as medidas recomendadas (BRASIL, 2013).

Em 2004, objetivando enfatizar mais a Segurança do Paciente, a OMS criou a Aliança Mundial de Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), conhecida hoje como *Who Patient Safety*, composta por organizações internacionais e organizações nacionais de diversos países como a *Agency for Healthcare Research and Quality*, *The Joint Commission*, *National Patient Safety Foundation*, entre outras, congregando os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU). Sua abrangência é internacional, tendo como missão coordenar,

disseminar e acelerar melhorias para a Segurança do Paciente em todos os países membros da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009).

A Enfermagem, por sua característica de atuação nas vinte e quatro horas junto às pessoas internadas e suas famílias, passou a se preocupar com as discussões acerca da segurança durante os cuidados prestados. Para tal, no ano de 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) no Estado de São Paulo. A REBRAENSP surge a partir da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, criada no Chile em 2005, quando as enfermeiras do mundo oficializaram essa organização objetivando dar suporte e promover discussões sobre os problemas enfrentados em todo o mundo (REBRAENSP, 2013).

A Rede no Brasil caracteriza-se como uma “estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre as pessoas, instituições, organizações e programas”, que possuem a finalidade de manter um cuidado seguro às pessoas que necessitam de internação e/ou atendimento nas instituições de saúde, marcando avanços na Enfermagem brasileira (REBRAENSP, 2013, p. 18).

A Organização Mundial de Saúde tem enfatizado a Segurança do Paciente nas instituições de saúde, como forma de garantir um mínimo de riscos possíveis para as pessoas que internam e/ou são atendidas pelos profissionais de saúde. Sabe-se que os danos decorrentes de falhas nos processos institucionais, sejam eles estruturais, materiais ou humanos, são desnecessários para as pessoas e suas famílias que estão necessitando de cuidados de saúde (WHO, 2009). A Segurança do Paciente tornou-se um movimento mundial, sendo que o estudo pioneiro a abordar o tema foi realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 1974, denominado “O estudo de viabilidade do seguro médico”, conhecido como *The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS)*, desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*), que revisou 21 mil prontuários de pessoas internadas em 23 hospitais da Califórnia, encontrando Eventos Adversos em 4,6% dos hospitalizados (ZAMBON, 2008).

2.2 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Em 2005, o Centro Colaborador para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), inicia a rede internacional para identificar, avaliar, adaptar e difundir soluções para Segurança do

Paciente. Em 2011, a JCAHO lançou as seis metas para a Segurança do Paciente, quais sejam:

- 1) Identificar os pacientes corretamente;
- 2) Melhorar a comunicação eficaz;
- 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco;
- 4) Assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias;
- 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- 6) Reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013).

De acordo com JCAHO, a **identificação correta** se torna essencial quando falamos em Segurança do Paciente, seja em ambiente hospitalar, pronto atendimento, ambulatório ou mesmo no domicílio. Sistemas falhos de identificação da pessoa se encontram entre as causas mais comuns de Eventos Adversos, nos exames diagnósticos, na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos (BRASIL, 2013).

Para assegurar identificação das pessoas dentro das instituições, todos os profissionais precisam estar envolvidos ativamente do processo de identificação, na admissão, transferência de outros setores ou instituição, antecedendo o início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicamentos e soluções, assim como envolver a família neste processo (REBRAENSP, 2013).

Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde é indispensável para uma melhor qualidade e segurança nos hospitais. Ao estabelecer uma comunicação efetiva durante os cuidados as pessoas e famílias, inclusive diante de Eventos Adversos ocorridos durante a assistência, potencializa-se a responsabilidade profissional, bem como a oportunidade de oferecer os cuidados necessários na tentativa de reverter os danos causados pelos Eventos Adversos, inclusive acompanhado do pedido de perdão aos envolvidos no processo (MAGLIO, 2011).

A comunicação há muito tem sido considerada como uma ferramenta indispensável para a Segurança do Paciente. Prova disso são os estudos liderados pela Enfermeira Doutora e Livre-docente em Comunicação Interpessoal, Maria Julia Paes da Silva, propondo estratégias básicas para o estabelecimento da comunicação adequada nas instituições de saúde. A autora defende que “a comunicação envolve

uma gama de fenômenos, com elementos psicológicos e sociais que ocorre entre as pessoas e no interior de cada um de nós, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa”. Ressalta ainda que, “todo o tempo manipulamos signos, sinais que nos afetam e aos demais” (SILVA, 2014, p. 48), vendo-se aqui também a relevância do imaginário, que nutre e é nutrido pelos significados que emergem destes signos e sinais, definindo situações, compreensões, interações e relações.

As falhas na comunicação podem implicar em reflexos irreparáveis para a população que depende dos cuidados nas instituições de saúde, haja vista a sua repercussão negativa no comportamento, “promovendo a incompreensão e insatisfação, constituindo-se como fonte privilegiada de erro e más práticas dos profissionais de saúde” (SANTOS et al., 2010, p. 50).

Além das falhas de comunicação entre profissionais, pessoas internadas e suas famílias percebem a inefetividade da comunicação entre as instituições de saúde, quebrando a rede de atendimento que precisaria existir, organizando e descentralizando os atendimentos a população, evitando, desta forma, o excesso de pessoas a serem atendidas em apenas um serviço. Essa organização existe e faz-se necessária o cumprimento em toda a rede de atendimento à população que necessita de atendimento à saúde. É notório que a peregrinação entre os serviços de saúde causa desgaste e insegurança as pessoas que necessitam de atendimento, prova disso é o que Santos et al. (2010, p. 50) abordam sobre a rede de serviços de saúde existentes, cuja “natureza fragmentária e descentralizada [...] transforma o percurso [...] num processo complexo, que implica a passagem por diferentes serviços/áreas de intervenção”, assim como o contato com diversos “profissionais de saúde, os quais se encontram frequentemente imersos numa cultura de autonomia e isolamento” diante dos outros profissionais e serviços.

Ao enfatizar a **melhoria da segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos**, Oliveira et al. (2014, p. 124) investigaram junto a 37 enfermeiros as estratégias para promover a Segurança do Paciente na perspectiva dos enfermeiros. Encontraram relatos de profissionais que consideram a “[...] existência de riscos físicos, químicos e mecânicos que afetam o cuidado de enfermagem e que geram insegurança para o *paciente* assistido na instituição”, mas incluindo a carga de trabalho e a comunicação entre os profissionais de saúde, corroborando com as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Em se tratando dos Eventos Adversos relacionados às Reações Adversas a Medicamentos (RAM), a pesquisa citada anteriormente aponta a comunicação inadequada entre os profissionais como uma das principais causas de erros, iniciando pelas prescrições ilegíveis, a dispensação, o preparo e até a administração de medicamentos, tornando as pessoas internadas vulneráveis à ocorrência de Eventos Adversos. Sugerem que as instituições necessitam de um “método de identificação de Efeitos Adversos a Medicamentos” (EAM), bem como “a revisão do sistema de dispensação de medicação nas instituições que favoreçam o monitoramento e a implementação de mecanismos de defesa, barreira e proteção voltadas para a melhoria da Segurança do Paciente” (OLIVEIRA et al., 2014, p. 125).

Na quarta meta internacional para a Segurança do Paciente, sabe-se que os erros em **cirurgia** ocorrem de maneira assustadora em nível mundial, sendo indispensáveis algumas medidas para manter as boas práticas de cirurgia segura nas instituições de saúde. Uma das estratégias para melhorar a adesão dos profissionais a procedimentos que garantam ou aumentem a segurança das pessoas em médio prazo, está a criação de barreiras de segurança nos processos de maior risco, a exemplificar o *checklists*, entre outros (WACHTER, 2013).

O uso do *checklists* de segurança traz resultados mais rápidos e eficazes para tornar a cirurgia segura, não deixando de lado as capacitações que aumentam também a adesão dos profissionais de saúde. Vale ressaltar que é importante não focar só nas capacitações e sim em todas as formas de barreiras possíveis, **pois se não há uma cultura de segurança institucional**, as capacitações não vão fazer a diferença (WACHTER, 2013).

Na pesquisa realizada por Bohomol e Tartali (2014) sobre Eventos Adversos no Centro Cirúrgico (CC), foi identificada a deficiência de comunicação entre a equipe de enfermagem e médica. Muitas vezes, a enfermagem acaba ficando intimidada pela equipe médica, deixando passar aspectos importantes do protocolo de cirurgia segura, que poderiam estar evitando os Eventos Adversos durante as cirurgias. Os autores relatam que a responsabilidade do *checklist*, acaba ficando com a equipe de enfermagem.

Há desconhecimento de alguns profissionais acerca da cirurgia segura, prova disso é a pesquisa de Motta Filho et al. (2013) apresentada no 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia. A pesquisa demonstrou que 65% dos ortopedistas brasileiros desconhecem o protocolo de cirurgia segura implantado pelo Ministério da Saúde, sendo que dos que conhecem muitos relatam não terem sido capacitados para

tal.

Outra meta é a **Higienização das Mãos**, sendo um ato essencial para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde nas instituições. Para tal o Ministério da Saúde estabelece o Protocolo para a Prática de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde, pois há a preocupação com as elevadas taxas de infecção (BRASIL, 2013).

Embora seja uma medida simples e antiga, há deficiência na formação dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos. Vale ressaltar que a formação profissional não deveria estar restrita às paredes da Universidade, já que o estudante passa no máximo seis anos no estudo formal, mas no mínimo trinta anos cuidando de pessoas nas instituições de saúde. Precisamos investir na educação permanente para que possamos garantir ou mesmo evitar que as pessoas corram o risco de adquirir infecções hospitalares.

Há necessidade de personalizar a higienização das mãos, pois as realidades são diferentes e os profissionais precisam se sentir parte do processo. Portanto, fazer um planejamento considerando os saberes construídos ao longo da trajetória profissional é indispensável para o sucesso nas campanhas relacionadas à Higienização das Mãos. Corroborando com esta afirmação está Oliveira e Paula (2014) ao dizerem que as baixas adesões à higienização das mãos pelos profissionais, preocupam os gestores e instituições de saúde. Neste sentido, “é fundamental promover atualizações entre os profissionais”, disponibilizando protocolos atuais, bem como “levantamentos realizados em cada instituição que comprovem a importância e influência da Higienização das Mãos no controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)” (OLIVEIRA; PAULA, 2014, p. 86).

A sexta meta internacional para a Segurança do Paciente envolve a **redução do risco de quedas e úlceras por pressão (UP) ou lesões por pressão**. A prevenção de quedas diz respeito à avaliação de risco através das escalas de Morse para adultos e *Humpty Dumpty* para crianças, envolvendo cuidados relacionados à proximidade destas pessoas ao posto de enfermagem, **empoderamento das pessoas e suas famílias**, assim como a educação continuada para a equipe multiprofissional com notificação e investigação dos casos de quedas (BRASIL, 2013).

A **prevenção da lesão por pressão**, que pode ser implementada com o uso das Escalas de Braden para adultos e Braden Q para crianças que avaliam riscos e recomendam práticas, com o uso de medidas preventivas. Além disto, as ações educativas promovem a capacitação

dos profissionais para o exercício contínuo de uma prática com qualidade, oferecendo possibilidades para o seu desenvolvimento e minimizando esforços, tempo, custos e conflitos (MIRA, 2006).

2.3 O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Embora saibamos da importância da aplicação de boas práticas para garantir a qualidade e segurança das pessoas internadas nos hospitais, as instituições nem sempre corroboram com esta preocupação e, muitas vezes, **não oferecem condições adequadas para que profissionais comprometidos possam atuar de forma segura**, criando uma cultura de segurança para as pessoas internadas. Um exemplo disso é a falta de abertura para discussões com os gestores sobre as deficiências institucionais, o dimensionamento de pessoal inadequado para a complexidade dos cuidados, bem como o incentivo e a motivação, fundamentada na educação permanente (OLIVEIRA et al., 2014).

Apesar de todo o empenho da OMS, OPAS e MS, ainda temos muitas resistências quanto à adesão aos protocolos relacionados à Segurança do Paciente, sendo intensificadas, segundo alguns autores, em centros cirúrgicos, por se tratar de uma equipe multiprofissional com uma diversidade de conhecimentos e resistência as mudanças propostas. Chamamos de **cultura de segurança** que se não for uma determinação da gestão, ou seja, uma cultura incorporada em todo o sistema institucional e profissional (FREITAS et al., 2014; PANCIERI et al., 2013; SANTOS, CAREGATO, MORAES, 2013).

A adaptação e a adesão da equipe aos procedimentos de identificação e conferência dos dados das pessoas são consideradas os aspectos que apresentam maior dificuldade em termos de aplicação. Foi apontado que o uso da notificação de incidentes poderia estimular o desenvolvimento de uma **cultura da segurança** na gestão dos serviços de saúde. Assim, é preciso pensar em equipe, enquanto filosofia institucional, ou seja, dependemos da gestão para mudança de cultura de qualidade e segurança das pessoas internadas.

Com a problemática da Segurança do Paciente e a responsabilidade das organizações, a saúde passa a adotar os modelos já utilizados em outras áreas, a exemplificar as empresas de aviação, adotando o modelo de Organização Altamente Confiáveis (OACs) (WACHTER, 2013).

As Organizações Altamente Confiáveis vêm trazer à tona a importância de manter os processos mais seguros dentro das instituições

de saúde, construindo-se, assim **uma cultura de segurança**. Neste sentido, entende-se **por cultura de segurança** as interações incentivadas pelas instituições que possibilitam às pessoas que fazem parte deste ambiente sejam eles “pacientes”, famílias ou os profissionais de saúde sentir-se “confortáveis em chamar a atenção para riscos potenciais ou falhas reais sem medo de censura por parte do gestor” (WACHTER, 2013, p. 252).

Desenvolver uma **cultura de segurança** nas instituições de saúde, não é uma tarefa fácil e nem mesmo é de um dia para o outro. Envolve todas as pessoas que estão fazendo parte, de forma temporária ou não, incluindo as famílias que possuem um de seus membros internados. Ela é fortalecida a cada dia e em todos os espaços que envolvem o cuidado às pessoas, sendo estabelecida através de um “conjunto de normas e padrões ou pela formação de colaboradores capazes de inovar, pensar por si próprios e até quebrar regras para promover o cuidado seguro” (WACHTER, 2013, p. 252).

Existem instrumentos já validados que fazem a avaliação da **cultura de segurança**, tais como a “Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente da AHRQ (*Patient Safety Culture Survey*) e o Questionário de Atitudes Seguras (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*)”. Estes instrumentos já foram utilizados por muitos pesquisadores que detectaram existir diferenças entre os setores de uma mesma instituição, embora os gestores apontem para a existência da mesma de forma sistêmica (WACHTER, 2013).

No Brasil para ser efetivada a acreditação de instituições e garantir uma assistência de qualidade para as pessoas, foi implantado o Programa Nacional de Segurança do *Paciente* (PNSP), lançado pelo MS, através da portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013). Esta PNSP objetivou o monitoramento e prevenção dos danos à saúde das pessoas internadas, exigindo dos hospitais a sua efetiva implantação, com profissionais responsáveis até o início de 2014.

O Sistema de Notificação (SN) já existe há muitos anos em países desenvolvidos. A Austrália já tem o Sistema de Notificação desde 1993. Países como Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Espanha e Reino Unido possuem o SN desde 1996, tendo iniciado com o Sistema de Notificação de Eventos Adversos nas instituições de saúde, pelo Programa Sentinelas de Notificação de Eventos Adversos, criado pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). Já, nos países da América Latina o Sistema de Notificação chegou bem mais tarde, sendo o Brasil ainda iniciante neste processo sistematizado (MIRA et al., 2013).

O Sistema de Notificação tem suas particularidades e difere na sua regulamentação, taxonomia, incidentes que são notificados, gestão do sistema, confidencialidade, incentivo da notificação e manejo de suas consequências. Esses fatores tem relação direta com a **cultura de segurança** institucional, principalmente relacionado ao caráter punitivo, o que resulta em subnotificações de incidentes e Eventos Adversos (MIRA et al., 2013).

No Brasil, as notificações de incidentes e Eventos Adversos, têm crescido muito nos últimos anos. Isto se deve ao fato da existência da Rede Sentinela do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Neste sistema, os profissionais realizam a investigação de causa raiz, estabelecendo melhorias para prevenir a reincidência do ocorrido nas instituições de saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

As notificações manuais são um importante passo inicial do Sistema de Notificação, porém existem lacunas que podem estar influenciando as subnotificações dentro das instituições de saúde, das quais podemos citar: a falta de formulário disponível, principalmente nos finais de semanas e feriados; formulários mal elaborados que dificultam a posterior investigação; falta de clareza do que pode e deve ser notificado pelas equipes de saúde; o fluxo das notificações que possibilitam a agilidade no processo investigativo (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Por sua vez, sabe-se que o caminho certo para o sucesso das notificações é um Sistema de Notificação informatizado, que possibilita o profissional de saúde ter acesso facilitado no momento oportuno em que ocorreu o incidente. O fluxo desta notificação acaba sendo mais sistematizado, chegando mais rápido à submissão de avaliação pela equipe responsável, bem como o devido encaminhamento ao NOTIVISA. Porém, este fluxo não resolve totalmente os problemas que temos acerca das subnotificações, já que há uma preocupação dos profissionais com a punição frente aos eventos que podem acontecer durante a assistência às pessoas no hospital.

São muitas as barreiras estabelecidas para garantir a Segurança do Paciente, destacando-se a identificação pelos profissionais de saúde dessas deficiências institucionais. Assim, vê-se, então, a relevância de envolver os gestores, discutindo sobre a importância de um adequado dimensionamento das equipes, com incentivos e motivações centrados nos profissionais de saúde, fundamentada na educação permanente (OLIVEIRA et al., 2014).

Enfim, em se tratando de boas práticas no cotidiano do cuidado em saúde e nas situações de hospitalização, existe uma lacuna

relacionada à Segurança do Paciente, no que se refere às ações para minimizar os riscos aos quais as pessoas são expostas ao entrar ou necessitar de intervenções nas instituições de saúde. Isto, por sua vez, se deve ao fato, não só do estar relacionado ao “erro humano”, mas também às condições de trabalho, aos aspectos estruturais, bem como a complexidade do trabalho que os profissionais de saúde desenvolvem (OLIVEIRA et al., 2014).

Embora saibamos da importância da aplicação de boas práticas para garantir a qualidade no cotidiano do cuidado em saúde e a segurança das pessoas, as instituições nem sempre corroboram com esta preocupação e, muitas vezes, não oferecem condições adequadas para que profissionais comprometidos possam atuar de forma segura.

Enfim, para se estabelecer uma **cultura de segurança** nas instituições de saúde é necessário compreender o processo que envolve o trabalho em equipe, liderança, justiça, aprender com os erros, a prática baseada nas evidências até então divulgadas, a comunicação efetiva entre gestores, profissionais de saúde, pessoas internadas e suas famílias, bem como o cuidado centrado no paciente e família (ANVISA, 2013).

2.4 MANUSCRITO 1: A SEGURANÇA DO PACIENTE E A FAMÍLIA NO QUOTIDIANO HOSPITALAR

A segurança do paciente e a família no cotidiano hospitalar

Safety of the inpatient and the family in the daily routine of the hospital

La seguridad del paciente y de la familia em la rutina diaria del hospital

Luizita Henckemaier¹
Rosane Gonçalves Nitschke²

RESUMO: Este estudo tem como objetivo analisar as produções acerca da segurança do paciente e das famílias no cotidiano hospitalar, no período de 2011 a 2016. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, nas bases de dados PubMed (Medical Literature Analysis and System On-line), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library On-line), utilizando os descritores: segurança do paciente, família e hospitalização. Foram selecionados 18 artigos, tendo os seguintes critérios de inclusão: artigos completos de pesquisa, estudos de caso e relatos de experiências, que tratassem da temática, disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 2011 a 2016. A análise dos dados emergiram as categorias: O imaginário da família acerca da segurança das pessoas no cotidiano hospitalar; A comunicação como forma de melhorar a segurança das pessoas no cotidiano hospitalar; A interação da família com os profissionais de saúde para o cuidado seguro durante a internação. Os resultados possibilitaram uma aproximação sobre a produção científica acerca da Segurança do Paciente e sua família no cotidiano da hospitalização,

¹Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário (HU/UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC), do PEN/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: luizitahe@gmail.com Correspondência: Luizita Henckemaier. Rua Prefeito Dib Cherem, 2881 – Apto 302, Capoeiras. CEP 88.090-000 - Florianópolis, SC, Brasil.

² Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Doutora em Filosofia de Enfermagem pela UFSC/ SORBONNE/Paris V. Líder do NUPEQUISFAM-SC. Coordenadora do Projeto Ninho.

ênfatizando a importância de manter a família junto à pessoa hospitalizada, bem como a relevância de estabelecer uma comunicação e interação efetiva com os profissionais durante o período de permanência no hospital.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Família. Hospitalização.

ABSTRACT: The aim of this study is to examine the scientific output related to inpatient and respective families' safety in the daily routine of a hospital in the period from 2011 to 2016. This is an integrative review of the literature in the databases PubMed (Medical Literature Analysis and System On- Line), LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and SciELO (Scientific Electronic Library Online) using the keywords: inpatient safety, family and hospital stay. Eighteen articles were selected, with the following inclusion criteria: full research articles, case studies and reports of actual experiences dealing with the subject, available in the English, Portuguese and Spanish languages, from 2011 to 2016. The data analysis raised the following categories: the family imaginary related to the safety of people in the daily routine of a hospital; communication as a mean to improve the safety of people in the daily routine of a hospital; the interaction of the family with health professionals for safe healthcare during the hospital stay. The results has allowed us to focus more clearly on the scientific output related to the safety of the inpatient and his family in the daily routine during the period of the hospital stay, emphasizing the importance of keeping the family close to the inpatient, as well as the relevance of establishing effective communication and interaction with the professionals throughout the time of hospital stay.

Keywords: Patient safety. Family. Hospitalization.

RESUMEM: El objetivo de este estudio es analizar las producciones científicas acerca de la seguridad del paciente y de la familia en la rutina diaria del hospital del 2011 a 2016. Se trata de una revisión integradora de la literatura en las bases de datos PubMed (análisis de la literatura médica y Sistema On- línea), LILACS (Ciencias de la Salud de América Latina y el Caribe) y SciELO (Scientific Electronic Library en línea), utilizando las palabras clave: la seguridad del paciente, la familia y la hospitalización. Se seleccionaron 18 artículos, con los siguientes criterios de inclusión: artículos de investigación completa, estudios de casos e informes de experiencias vividas, que tratan el tema, disponibles en inglés, español y portugués, en el período 2011 a 2016. A partir del análisis de los datos han surgido las siguientes categorías: imaginario de

la familia sobre la seguridad de las personas en la rutina diaria del hospital; la comunicación como una forma de mejorar la seguridad de las personas em la rutina diaria del hospital; la interacción de la familia con los profesionales de salud para una atención segura durante la hospitalización. Los resultados permitieron um abordaje más preciso de la producción científica sobre la seguridad del paciente y su familia en la vida cotidiana durante la hospitalización, haciendo hincapié en la importancia de mantener unida la familia a los pacientes hospitalizados, así como la importancia de establecer una interacción y comunicación efectiva con los profesionales durante la estancia en el hospital.

Palavras-clave: Seguridad del paciente. Familia. Hospitalización.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) tem sido discutida nas várias áreas de atuação da saúde. Embora tenhamos estabelecidas estratégias buscando evitar os erros que acontecem nesses ambientes, podemos considerar elevadas as estatísticas relacionadas a Eventos Adversos (EA) que acometem as pessoas e que contribuem para o sofrimento de todos os envolvidos no processo. Sabemos que vários erros podem ser evitados, e que as causas de danos irreversíveis e até a morte superam os acidentes de trânsito, câncer de mama e as mortes por AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) nos Estados Unidos da América (MAGLIO, 2011; SANTOS et al., 2010).

Esses acontecimentos que afetam a integridade e a vida das pessoas que estão necessitando de cuidados especializados precisam fazer parte do princípio fundamental da Bioética que norteia a prática dos profissionais de saúde, que é “não causar danos aos pacientes”, que é chamado o “Princípio da Não Maleficência” (MAGLIO, 2011).

Neste sentido, consideramos que temos muitos avanços após a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), estimulando instituições e despertando nos profissionais o alerta sobre os riscos aos quais as pessoas podem estar expostas durante a internação hospitalar (BRASIL, 2013).

A Enfermagem, por sua característica de atuação nas vinte e quatro horas junto às pessoas internadas e suas famílias, passou a se preocupar com as discussões acerca da segurança dos cuidados prestados. São muitos os desafios para garantir a Segurança do Paciente, para os quais existem estratégias tais como: a identificação riscos inerentes aos cuidados de enfermagem, a aplicação de boas práticas referentes ao cuidado e a identificação das barreiras para a segurança

das pessoas (OLIVEIRA et al., 2014).

Embora saibamos da importância da identificação das barreiras, riscos e aplicação de boas práticas para garantir uma melhor qualidade do cuidado e a Segurança do Paciente, as instituições nem sempre corroboram com esta preocupação e, muitas vezes, não oferecem condições adequadas para que profissionais comprometidos possam atuar de forma segura. Torna-se indispensável o envolvimento dos gestores para que estas estratégias sejam efetivadas, buscando sempre a segurança das pessoas e suas famílias, efetivando, desta forma, uma cultura de segurança nas instituições de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

Ao pensar em Segurança do Paciente, também somos provocados a pensar no termo paciente, podendo nos reportar à definição de Runciman et al. (2009, p. 2), entendendo que pacientes são “pessoas, seres humanos que recebem cuidado de saúde”, incluindo seu autocuidado e o cuidado de seus familiares nas instituições de saúde, sendo entendidas como “serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde”. Estes “pacientes”, portanto, fazem parte de uma família.

A família, por sua vez, é entendida como uma unidade formada por pessoas, que se uniram e mantém a união através dos laços de afetividade, aproximação e/ou consanguinidade, considerando-se uma família, tendo necessidade de cuidar de seus membros, ao longo dos diferentes momentos de seu ciclo vital, nas mais distintas situações, dentre estas durante uma hospitalização, quando é preciso estar junto ao seu familiar (ELSEN et al., 1994).

Assim, considerando a relevância desta interação estabelecida entre as pessoas e suas famílias com os profissionais de saúde que atuam nas instituições hospitalares, bem como em manter a família junto à pessoa durante o período que necessita de internação no hospital, acreditamos ser a família uma colaboradora importante e indispensável para garantir a segurança das pessoas que precisam ser hospitalizadas. Neste sentido, temos como objetivo neste estudo **analisar as produções acerca da segurança do paciente e a família no cotidiano hospitalar, no período de 2011 a 2016.**

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 759) “tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do

conhecimento do tema investigado”.

A revisão integrativa, desde o início do estudo, desenvolve-se através de um protocolo de pesquisa que foi previamente elaborado, seguindo critérios no que concerne à coleta dos dados, análise e apresentação dos resultados. Assim, foram adotadas e adaptadas as etapas que constitui a revisão integrativa da literatura sugerida por Ganong (1987) e Mendes, Silveira, Galvão (2008), tais como: definição da pergunta de pesquisa; critérios de inclusão, exclusão e amostragem; explanação dos achados em comum do estudo; análise dos achados e constatações; interpretação dos resultados; e redação com a clareza da evidência.

Ao iniciar a proposta, elaborou-se a pergunta norteadora para a construção desta revisão: **O que tem sido publicado acerca da Segurança do Paciente e a Família em situação de hospitalização, no período de 2011 a 2016?** Procedeu-se a pesquisa nas bases de dados da PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library On-line*), nos dias 28, 29 e 30 janeiro da 2016, sendo revisada em maio de 2016, a partir dos descritores de acordo com *Medical Subject Headings* e Descritores em Ciências da Saúde: “Segurança do Paciente” OR “Patient Safety” OR “Seguridad Del Paciente” AND “Família” OR “Family” OR “Familia” AND “Hospitalização” OR “Hospitalization” OR “Hospitalización”, conforme Protocolo de Revisão Integrativa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que está em apêndice (APÊNDICE 1).

Para a pesquisa, estabeleceu-se como critérios de inclusão: serem artigos completos, envolvendo pesquisas, estudos de caso ou relatos de experiências que tratassem da temática; estar nos idiomas inglês, português e espanhol; ter sido no período de 2011 a 2016. Foram excluídos do estudo: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não fossem inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplassem o escopo deste protocolo.

Foi realizada a leitura e releitura dos materiais selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias, seguindo o modelo da análise de conteúdo do tipo temática de Bardin (2011). Os artigos selecionados foram avaliados e discutidos conforme literatura encontrada. Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura, a

síntese foi realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados.

RESULTADOS

Seguindo os critérios estabelecidos, foram encontrados 160 artigos, os quais foram avaliados e selecionados com a finalidade de se resgatar artigos considerados relevantes para aprofundar conhecimentos acerca da segurança das pessoas e suas famílias no hospital, e excluídos aqueles que não atendiam o escopo da pesquisa, sendo selecionados para fazer parte deste estudo 28 artigos.

No decorrer do estudo, pudemos observar que os artigos incluídos no estudo tiveram uma concentração maior de publicações nos anos de 2012 e 2013 com oito produções em cada ano, perfazendo um total de dezesseis produções e no ano de 2016 com cinco, considerando que estamos apenas na metade do ano. Nos anos de 2014 e 2015 foram três em cada ano, representando seis produções e em 2011 foi identificada apenas uma produção do total dos artigos selecionados.

Com relação aos periódicos de origem dos artigos, observamos que onde houve mais produções relacionadas ao tema em questão foi no *British Medical Journal - Quality and Safety* (BMJ) com cinco publicações. As revistas que apresentaram dois artigos foram a Revista Latino-Americana de Enfermagem e a *Critical Care Medicine*, com um total de quatro produções. E, por fim, os demais periódicos possuíam uma publicação por periódico, representando dezoito das publicações selecionadas.

Nesta perspectiva, houve uma abrangência internacional das publicações selecionadas para compor esta revisão integrativa, com maior concentração em periódicos de renome e também especializada na área da Segurança do Paciente. Apresentamos a seguir a relação das publicações através do quadro 1, contendo o ano, autores, título e periódico do artigo.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos selecionados quanto ao ano de publicação (2011-2016), autores, título do artigo e periódico.

Ano	Autor	Título	Periódico
2011	Davis, Sevdalis, Vincent.	Patient involvement in patient safety: How willing are patients to	BMJ Qual Saf.

		participate?	
2012	Aiken et al.	Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.	BMJ Qual Saf.
	Baltor et al.	Autonomia da família e a relação com os profissionais da saúde.	Cienc Cuid Saúde.
	Dodek et al.	The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care.	Crit Care Med.
	Hunziker et al.	Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care.	Crit Care Med.
	Salinas, Ramakrishnan.	Patient safety and medical errors: a focus on care transitions of the vulnerable older patient.	J Okla State Med Assoc.
	Silva, Wegner, Pedro.	Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante.	Revista Eletrônica de Enfermagem .
	Ward, Armitage.	Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review.	BMJ Qual Saf.
	Wegner, Pedro.	A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil / Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the	Rev Lat Am Enfermagem .

		hospitalization of children.	
2013	Cullinane, Plowright.	Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards.	Nurs Crit Care.
	Fritsch et al.	Making decisions for hospitalized older adults: ethical factors considered by family surrogates.	J Clin Ethics.
	Giles et al.	Developing a patient measure of safety (PMOS).	BMJ Qual Saf.
	Kopecky et al.	The needs of hospitalized patients with autism spectrum disorders: a parent survey.	Clin Pediatr (Phila).
	Schwappach et al.	Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events.	J Eval Clin Pract.
	Uhl et al.	Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents.	J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.
	Vázquez Calatayud, Portillo	The transition process from the intensive care unit to the ward: a review of the literature.	Enferm Intensiva.
	Welch et al.	Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety.	BMC Pediatr.
2014	Berger et al.	Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a	BMJ Qual Saf

		systematic review.	
	Freitas et al.	Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino.	Rev. Latino-Am. Enfermagem .
	Raiskila et al.	Trends in care practices reflecting parental involvement in neonatal care.	Early Hum Dev.
2015	McCormick et al.	Life after Tracheostomy: Patient and Family Perspectives on Teaching, Transitions, and Multidisciplinary Teams.	Otolaryngol Head Neck Surg.
	Róžańska, Bulanda.	Demographic characteristics of patients and their assessment of selected hygienic practices of hospital personnel in the context of safety climate of hospitalization.	Am J Infect Control.
	Salani.	Implementation of shift report at the bedside to promote patient- and family-centered care in a pediatric critical care unit.	J Nurses Prof Dev.
2016	Bucknall et al.	Engaging patients and families in communication across transitions of care: an integrative review protocol.	J Adv Nurs.
	Jiang et al.	Understanding Patient, Provider, and System Factors Related to Medicaid Readmissions.	Jt Comm J Qual Patient Saf.
	Kelly, Hoonakker,	Using an inpatient portal to engage families in	J Am Med Inform

	Dean.	pediatric hospital care.	Assoc.
	Khan et al.	Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children.	JAMA Pediatr.
	Van Rosse et al.	Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study.	BMJ Open.

Fonte: Bases de dados da BVS: LILACS, PubMed e SciELO, 2016.

A partir da análise, encontramos as seguintes categorias: O imaginário da família acerca da segurança das pessoas no cotidiano hospitalar; A comunicação como forma de melhorar a segurança das pessoas no cotidiano hospitalar; A interação da família com os profissionais de saúde para o cuidado seguro durante a internação, a serem discutidas a seguir.

DISCUSSÃO

Considerando “um mundo de significados, que são incorporados a imagens”, como o Imaginário, ou seja, “mundo de ideias, de fantasias, de evocação de figuras já percebidas ou não percebidas, de crenças, de valores, onde o ser humano está mergulhado”, segundo Nitschke (1999, p. 46) vimos emergir a categoria que denominamos **O imaginário da família acerca da segurança das pessoas no cotidiano hospitalar!** Assim, percebemos que várias pesquisas nacionais e internacionais realizadas com famílias apontam para a imagem que as condições estruturais dos hospitais têm para as famílias, estando diretamente relacionadas com a segurança das pessoas internadas.

Em países europeus e americanos, as famílias e os profissionais de saúde, emprestam um significado e avaliam positivamente, recomendando como hospitais mais seguros, os que oferecem melhores condições estruturais para a equipe de saúde e as famílias que vivenciam a hospitalização. O dimensionamento de pessoal é um fator importante para a qualidade do cuidado às pessoas internadas assim como as condições estruturais das instituições tem uma imagem que se reflete na satisfação das famílias durante a internação. Ao contrário, as instituições que tem o significado para as famílias de não oferecerem boas condições de estrutura, são avaliadas negativamente, mostrando uma imagem na qual não é indicada como hospital que oferecem boa qualidade e segurança no cuidado à pessoa internada (AIKEN et al., 2012).

Dados de pesquisas realizadas no Canadá e Estados Unidos da América (EUA) reafirmam a pesquisa anterior, ao ser relatado pelas famílias que a sua satisfação se dá através das condições que a instituição oferece, reforçando a imagem anterior. Cabendo aqui destacar que imagem, segundo Maffesoli “é cultura, e faz cultura, sendo um vetor de comunhão” entre as pessoas (MAFFESOLI, 2011) Assim, podemos refletir que a partir destas imagens e deste imaginário, cria-se uma cultura de segurança estabelecida e que envolve a família na tomada de decisão, principalmente para as pessoas com maior gravidade (DODEK et al., 2012; HUNZIKER et al., 2012).

Em pesquisa realizada com famílias na região centro-oeste do Brasil, identificou-se os cuidados com a imagem de cuidados inseguros nos hospitais brasileiros, tendo o significado de que podem agravar ou acrescentar problemas de saúde aos familiares que necessitam de cuidados especializados. Os estudos apontam como positivos e que fazem as famílias se sentirem mais seguras os cuidados relacionados à higiene, conforto, hidratação e alimentação. Os demais cuidados não foram elencados, porém há uma valorização pela qualidade dos profissionais de saúde que atuam nas instituições hospitalares, resultando em confiança e segurança para as pessoas internadas (FREITAS et al., 2014).

Assim, também a família tem participação no cuidado à pessoa internada e ainda está atenta a todos os movimentos que acontecem no ambiente hospitalar, principalmente os relacionados à equipe de saúde. As famílias observam as atitudes de alguns profissionais que contradizem as orientações dadas às pessoas e suas famílias ao internarem. A higienização das mãos é um dos exemplos, pois se verificou que nem sempre é feita de forma correta, antes e após o contato com as pessoas. Preocupados com esta problemática levantada pelas famílias, hospitais europeus incentivam a educação permanente para a higienização das mãos com frequência para prevenir infecções hospitalares (RÓZANŃSKA; BULANDA, 2015).

Neste sentido, as famílias estão cientes de tudo o que acontece com o seu familiar, prova disso são as pesquisas realizadas com os relatos de falhas cometidas pelos profissionais de saúde, nos quais as famílias relatam estarem relacionadas com erros nas avaliações médicas, com diagnósticos não consistentes que acabam prolongando o tempo de internação, enfatizando a **comunicação como forma de melhorar a segurança das pessoas no cotidiano hospitalar** (KHAN et al., 2016), a segunda categoria de análise por nós identificada.

As falhas na comunicação são consideradas um dos maiores

problemas de segurança dentro das instituições de saúde. Falhas estas relacionadas à comunicação entre os profissionais de saúde e destes com as pessoas internadas e suas famílias. Pesquisas apontam que as famílias percebem e relatam como um dos riscos que vivenciam durante a internação. Segundo Silva, Wegner e Pedro (2012, p. 343), as famílias percebem nos profissionais as falhas de comunicação, pois diante da rotina das urgências de uma terapia intensiva pediátrica, deixam muitas lacunas, que “pode levar a um cuidado dirigido à recuperação das funções vitais, deixando de lado a preocupação com o não dito e nem percebido no imediatismo do cotidiano”.

As famílias relatam eventos que acontecem durante a internação hospitalar que não são comunicados e nem mesmo são registrados nos prontuários existentes nas instituições (GILES et al., 2013). Associam esses eventos à falta de preparo dos profissionais da enfermagem para realização de alguns procedimentos e à falta de informação sobre o estado de saúde por parte dos médicos. É também abordado pelos autores que as crianças e os idosos estão mais vulneráveis aos inúmeros Eventos Adversos que podem acontecer durante a internação de curta permanência e intensificando aqueles que ficam mais tempo internados (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012; SALINAS; RAMAKRISHNAN, 2012; WELCH et al., 2013).

Pesquisas apontam que as falhas na comunicação reforçam as possibilidades de ocorrências de eventos adversos durante a internação. A família, por sua vez, nem sempre fica sabendo que também pode ser um agente na vigilância e informação da ocorrência dos erros com o seu familiar, que usado juntamente com outros métodos, passa a evitar que outros possam acontecer, melhorando, desta forma a qualidade e segurança no cuidado (WARD; ARMITAGE, 2012).

É ressaltado que o uso de tecnologias mais avançadas, a existência de profissionais em número e formação adequadas à demandada, podem diminuir, consideravelmente os eventos que ocorrem durante a internação hospitalar e por sua vez auxiliar na comunicação dentro das instituições de saúde (WEGNER; PEDRO, 2012; KELLY; HOONAKKER; DEAN, 2016).

A comunicação efetiva dentro das instituições de saúde, independente da gravidade da pessoa internada, é considerada como uma estratégia indispensável para garantir um cuidado seguro, fortalecendo a cultura de segurança institucional (SALANI, 2015; FRITSCH et al., 2013). Ainda, torna-se importante a comunicação personalizada e individual, considerando as características de cada pessoa, bem como sensoriais apresentadas neste período (KOPECKY et

al., 2013; BUCKNALL et al., 2016).

Reafirmando esta questão, está a pesquisa de Schwappach et al. (2013) ao investigarem os efeitos das orientações de segurança feitas às pessoas internadas, bem como analisados os seus comportamentos e experiências com os eventos adversos. Os resultados apontam para uma maior participação das pessoas internadas e suas famílias, já que ficavam muito mais atentos aos riscos que poderiam estar correndo diante dos procedimentos. Acabavam, inclusive, indicando para outras pessoas a leitura das orientações recebidas ao internarem em um hospital.

A transferência de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para os setores de internação pode resultar em muita ansiedade para as pessoas e suas famílias, sendo necessário para tanto, um preparo adequado desses profissionais e uma comunicação efetiva entre esses dois setores (CULLINANE; PLOWRIGHT, 2013). Assim, também a alta hospitalar requer uma atenção maior dos profissionais de saúde, objetivando a continuidade do tratamento em seus domicílios e o envolvimento, a partir da informação, nos cuidados relacionados à saúde dos membros da família, evitando assim, as reinternações hospitalares (JIANG et al., 2016).

Ao identificarmos a terceira categoria de análise sobre a interação **da família com os profissionais de saúde para o cuidado seguro durante a internação**, há que considerar o preparo da equipe profissional para fazer esse elo com a família, pois se sabe da importância em “estabelecer uma participação construtiva no desempenho de seu papel”. Esse encontro entre profissionais e famílias é necessário o desenvolvimento da autonomia entre as partes para que possam “compartilharem a responsabilidade pelo cuidado, conferindo a este maior resolutividade e integralidade” (BALTOR et al., 2012, p. 44).

Percebe-se o enfoque da família neste processo de cuidado seguro junto às pessoas durante a internação, mas com maior ênfase as crianças e aos idosos, situação em que a tomada de decisão vai depender das pessoas de suas relações, que são, geralmente, considerados os membros da família. Isto, por sua vez, sugere um envolvimento dos profissionais da instituição com a família no cotidiano hospitalar, buscando sempre os interesses, necessidades emocionais, crenças religiosas e as experiências das pessoas de acordo com a sua trajetória de vida (FRITSCH et al., 2013).

Ao relacionar o envolvimento das famílias às crianças internadas, um estudo verificou a influencia da família nas práticas de cuidado e a evolução do estado de saúde das crianças. Como resultados, evidenciou-

se que quanto mais prematuras as crianças, maior é a influência da participação da família para o restabelecimento da saúde, ressaltando a interação entre os profissionais de saúde a família durante a hospitalização (RAISKILA et al., 2014; UHL et al., 2013).

Por outro lado, é indispensável que as instituições de saúde mantenham os profissionais que nela atuam capacitados para estabelecer uma melhor interação entre os membros da família, pois pouco vale permitir a entrada da família no hospital e não resgatar as orientações necessárias para a sua permanência, visando evitar riscos à segurança das pessoas internadas (ROSSE et al., 2016).

Sabe-se que as experiências conduzem a atitudes diferenciadas ao relacionar a atuação enquanto profissionais de saúde. Uma pesquisa realizada por Davis, Sevdalis e Vicent (2011), com profissionais de saúde que passaram pela vivência da hospitalização de um dos membros da família, apontam que estes passam a entender e considerar a família como integrante durante a internação hospitalar, assim como envolvê-la na participação da segurança da pessoa internada.

Apesar da importância que está sendo dada a participação e envolvimento das pessoas e suas famílias na segurança durante a internação hospitalar, muito há que expandir. Pesquisas apontam para um pequeno número de artigos tratando do tema em questão. Berger et al. em 2014 encontrou doze artigos, indicando, desta forma, mais investigações para que haja uma efetiva contribuição para aqueles que atuam nas instituições hospitalares, fortalecendo a cultura de segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa nos possibilitou uma aproximação do que as pesquisas trazem acerca da Segurança da Paciente e a família no cotidiano da hospitalização, enfatizando a manutenção junto ao seu familiar, bem como de estabelecer uma comunicação e interação efetivas com os profissionais durante o período de permanência no hospital, considerando os significados, as percepções, as imagens, enfim o imaginário destas famílias que contribuem para a construção de uma cultura da segurança do paciente.

Portanto, podemos afirmar que a participação da família durante a internação de um de seus membros é fundamental colaborando para garantir a segurança durante a permanência dentro do hospital. Enfatiza-se a necessidade de manter a família orientada sobre o estado de saúde de seu familiar hospitalizado, assim como de todos os aspectos

relacionados à segurança da pessoa em situação de hospitalização.

Ressalta-se aqui a necessidade de novas pesquisas para compor o conhecimento relacionado ao cotidiano da hospitalização de um membro da família e a participação da família no cuidado seguro, considerando efetivamente significados, percepções, imagens, crenças, valores e o imaginário dos envolvidos, contribuindo assim, para a construção e consolidação de uma cultura de segurança das instituições de saúde.

BIBLIOGRAFIA

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **Bmj**, [s.l.], v. 344, n. 202, p.1-14, 20 mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>. Disponível em <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>. Acesso: 25 jan. 2016.

BALTOR, M. R. R. et al. Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.44-50, 24 out. 2012. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i1.18857>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18857>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. [Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro]. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011, 279p.

BERGER, Z. et al. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. **Bmj Qual Saf**, [s.l.], v. 23, n. 7, p.548-555, 13 dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769>. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2014/01/16/bmjqs-2012-001769.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01 mar. 2014.

BUCKNALL, T. K. et al. Engaging patients and families in

communication across transitions of care: an integrative review protocol. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 7, p. 1689-1700, jul. 2016. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CULLINANE, J. P.; PLOWRIGHT, C. I. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. **Nursing In Critical Care**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.289-296, 22 ago. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12047>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12047>. Acesso em: 25 jan. 2016.

DAVIS, R. E.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate?. **Bmj Quality & Safety**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.108-114, 1 jan. 2011. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.041871>. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/108.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

DODEK, P. M. et al. The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 5, p.1506-1512, maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0b013e318241e368>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22511132>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ELSEN, I. et al. (Org.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, SC: Ed. UFSC, 1994, 196p.

FREITAS, J. S. de et al. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.454-460, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454. Acesso em: 27 jan. 2016.

FRITSCH, J. et al. Making decisions for hospitalized older adults: ethical factors considered by family surrogates. **J Clin Ethics**, v. 24, n. 2, p. 125-134, summer 2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740391/>. Acesso em: 27 jan. 2016.

GILES, S. J. et al. Developing a patient measure of safety (PMOS). **Bmj Qual Saf**, [s.l.], v. 22, n. 7, p.554-562, 27 fev. 2013.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000843>. Disponível em:

<http://qualitysafety.bmj.com/content/22/7/554.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

HUNZIKER, S. et al. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 5, p.1554-1561, maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182451c70>.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647885/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

JIANG, H. J. et al. Understanding Patient, Provider, and System Factors Related to Medicaid Readmissions. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 42, n. 3, p. 115-121, mar. 2016. Disponível em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26892700>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KELLY, M. M.; HOONAKKER, P. L.; DEAN, S. M. Using an inpatient portal to engage families in pediatric hospital care. **J Am Med Inform Assoc**, v. 14, n.pii: ocw070, jun. 2016. Disponível em

<http://jamia.oxfordjournals.org/content/early/2016/06/14/jamia.ocw070.long>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KHAN, A. et al. Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children. **JAMA Pediatr**. v. 4, 170(4):e154608, apr. 2016.

Disponível em <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2498405>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KOPECKY, K. et al. The needs of hospitalized patients with autism spectrum disorders: a parent survey. **Clin Pediatr (Phila)**, v. 52, n. 7, p. 652-660, jul. 2013. Disponível em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23624619>. Acesso: 25 jan. 2016.

MAFFESOLI, M. **Quem é Michel Maffesoli**: entrevistas com Christophe Bourseille. [Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira]. 1. ed. Petrópolis: De Petrus, 2011, 104p.

MAGLIO, I. Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente. **Rev. bioét.** v. 19, n. 2, mai./ago. 2011.

Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista>

_bioetica/article/view/633/660. Acesso em: 23 mar. 2016.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2015.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos**: a descoberta dos laços de afeto como caminho. 1999. 199f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.122-129, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2015.

RAISKILA, S. et al. Trends in care practices reflecting parental involvement in neonatal care. **Early Human Development**, [s.l.], v. 90, n. 12, p.863-867, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.010>. Disponível em: [http://www.earlyhumandev.com/article/S0378-3782\(14\)00196-0](http://www.earlyhumandev.com/article/S0378-3782(14)00196-0). Acesso em: 25 jan. 2016.

RÓŜAñSKA, A.; BULANDA, M. Demographic characteristics of patients and their assessment of selected hygienic practices of hospital personnel in the context of safety climate of hospitalization. **American Journal Of Infection Control**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.354-357, abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.022>. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)01429-1](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)01429-1). Acesso em: 25 jan. 2016.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal For Quality In Health Care**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.18-26, 1 fev. 2009. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>. Disponível em:

<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SALANI, D. Implementation of Shift Report at the Bedside to Promote Patient- and Family-Centered Care in a Pediatric Critical Care Unit. **Journal For Nurses In Professional Development**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.81-86, 2015. <http://dx.doi.org/10.1097/nnd.0000000000000128>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25790358>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SALINAS, R. C.; RAMAKRISHNAN, K. Patient safety and medical errors: a focus on care transitions of the vulnerable older patient. **J Okla State Med Assoc**, v. 105, n. 2, p. 52-57, feb. 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22586873>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SANTOS, M. C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, p. 47-57, 2010. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.

SCHWAPPACH, D. L. et al. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.285-291, 14 fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01820.x>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SILVA, T. da; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.337-344, 30 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a14.htm. Acesso em: 25 jan. 2016.

UHL, T. et al. Insights into Patient and Family-Centered Care Through the Hospital Experiences of Parents. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.121-131, jan.

2013. <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12001>. Disponível em: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31234-X](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31234-X). Acesso em: 25 jan. 2016.

VAN ROSSE, F. et al. Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 6, n. 4, p.1-10, abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009052>. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e009052.full.pdf+html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

WARD, J. K.; ARMITAGE, G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. **Bmj Qual Saf**, [s.l.], v. 21, n. 8, p.685-699, 5 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000213>. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/8/685.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

WEGNER, W.; PEDRO; E. N. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 427-434, may./jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.

WELCH, M. G. et al. Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety. **BMC Pediatr**. v. 24, n. 13, p. 148, sep. 2013. Disponível em <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-148>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A busca de conhecimento acerca do imaginário sobre a Segurança do Paciente na perspectiva da família no cotidiano da hospitalização levou-nos a pensar na dinâmica das relações e a buscar sustentação na proposta teórico-epistemológica da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, conhecido como o “pensador sobre a vida cotidiana”.

Assim, apresentamos inicialmente este autor, para, a seguir, trazer algumas noções e os Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade desenvolvidas por Michel Maffesoli.

3.1 APRESENTANDO MICHEL MAFFESOLI

Nascido em 14 de novembro de 1944, na cidade francesa de Graissessac, Michel Maffesoli possui uma vasta trajetória na sociologia e ciências humanas, nas quais é Doutor, sendo Professor Titular de Sociologia na Universidade de René Descartes, Paris V, Sorbonne e do Instituto Universitário da França. Em 1982, foi um dos fundadores do *Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien* (CEAQ – Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano), quando se tornou um dos principais *experts* mundiais neste assunto. Além de dirigir a Revista *Sociétés*, também é vice-presidente de três entidades científicas francesas: Conselho Nacional Universitário, Conselho de Administração do Centro Nacional de Pesquisa Científica (CNRS), e o Instituto Universitário (CEAQ, 2015).

Michel Maffesoli tem dirigido pesquisas e orientado pesquisadores de vários países do mundo, sendo também professor convidado, incluindo o Brasil, especialmente nas cidades: Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Campinas (SP), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB), Londrina (PR), Natal (RN), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) (CEAQ, 2015).

Vários foram os estudos e publicações na área, destacando-se as construções teóricas acerca da ligação social comunitária e a prevalência do imaginário nas sociedades pós-modernas. Entre os seus livros com edição brasileira, estão: *A conquista do presente* (1984); *A lógica da dominação* (1978); *A violência totalitária: ensaio de antropologia política* (1979); *A sombra de Dionísio: contribuição a uma sociologia da orgia* (1985); *O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas*

sociedades de massa (2000). Sobre o nomadismo: vagabundagens pós-modernas (2001); O instante eterno: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas (2003); A parte do diabo: resumo da subversão pós-moderna (2004); No fundo das aparências (2005); O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno (2007); Elogio da razão sensível (2008); A república dos bons sentimentos (2009); Saturação (2010a); O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva (2010b); Apocalipse (2010c); O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa (2010d); A transfiguração do político - a tribalização do mundo (2011a); Quem é Michel Maffesoli: entrevistas com Christophe Bourseiller (2011b); O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade (2012); Homo Eroticus, 2014.

Diante desta produção de conhecimento, instigamo-nos a nos aproximar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano para fundamentar esta pesquisa enfocando o imaginário das famílias sobre a Segurança do Paciente e o cuidado seguro de pessoas em situação de hospitalização.

3.2 ALGUMAS NOÇÕES APRESENTADAS POR MICHEL MAFFESOLI

Michel Maffesoli propõe a Sociologia Compreensiva que consiste em “[...] descrever o vivido naquilo que é, contentando-se assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos”. Esta sociologia não pretende explicar, mas sim compreender as situações da vida cotidiana (MAFFESOLI, 1984, p. 25).

A Sociologia Compreensiva para Maffesoli é como “tudo aquilo que não é produzido pelo cálculo, pela intenção, pela estratégia, enfim, pela racionalidade tradicional; adotando a sociologia do aqui e agora” (NÓBREGA et al., 2012, p. 374).

Nessa perspectiva, buscamos algumas noções da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Maffesoli, tais como: imaginário, a pós-modernidade, o cotidiano e tribalismo.

O **imaginário**, para Maffesoli, tem raízes nas ideias de Gilbert Durand, que vai além da cultura, e esta, por sua vez vai além do imaginário. Enquanto a cultura “é um conjunto de elementos passíveis de descrição”, o imaginário “é uma força social de ordem espiritual, uma construção mental, que se mantém ambígua, perceptível, mas não quantificável”. Portanto, extrapola a cultura, pois o imaginário se apresenta como “algo que ultrapassa o indivíduo, que impregna o

coletivo ou, ao menos, parte do coletivo”, na pós-modernidade refletindo no tribalismo (SILVA, 2001, p. 75-76).

Este imaginário não se evidencia através das imagens, mais sim as imagens surgem a partir do imaginário. Maffesoli (2012, p. 109) aponta para o mundo imaginal, “o da fantasia onipresente, que deve nos incitar a romper com nossas rotinas filosóficas, a elaborar um pensamento que sabe levar em conta o domínio dos humores, a atmosfera, o clima societal e do estado de exceção”.

Maffesoli propõe sua noção de **mundo imaginal**, “todo este conjunto feito de imagens, de imaginações, símbolos, e imaginário, no qual a vida social é moldada” (1995, p. 89). Nitschke, (1999, p. 47) declara que, “se o viver aí se molda o ser saudável também aí se ancora. Este mundo imaginal também é referência para as interações que envolvem a saúde das famílias e para o seu ser saudável”.

A **pós-modernidade**, por sua vez, envolve a busca do novo, o sair da ordem do instituído para o instituinte – a cultura de segurança – que é da ordem da ordem da solidariedade orgânica. Igualmente, Maffesoli (2004, p. 13) aponta que “está chegando ao fim um ciclo, o que foi inaugurado com a consagração do bem como valor absoluto”.

Nesta perspectiva, para Maffesoli (2011) nada é considerado eterno, mas sim passageiro daí a importância do viver o aqui e agora incessantemente no cotidiano das relações, entendendo a pós-modernidade como “a sinergia entre o arcaico e o desenvolvimento tecnológico”. É evidente que não podemos deixar de lado as experiências vividas, pois, “assim como uma árvore só pode crescer a partir de suas raízes, não há evolução histórica a não ser a partir dos antecedentes” (MAFFESOLI, 2011b, p. 43).

É na pós-modernidade que se desenvolve a socialidade, remetendo a “uma concepção mais holística do vínculo social, ou seja, ela integra o sonho, jogo e o imaginário” das pessoas que compartilham as suas histórias em um cotidiano de relações (MAFFESOLI, 2011a, p. 17). Olhar além de um cateter, de um procedimento, ver que está a sua frente à pessoa, a família e que precisam ser cuidadas, orientadas. Prepará-las para o vôo da liberdade.

O cotidiano, para Michel Maffesoli, é entendido como “os modos de vida, as maneiras de ser, de pensar, de situar, de se comportar em relação aos outros e à natureza” (2012, p. 16). Assim, o autor afirma que o cotidiano “manifesta-se por meio da fala, do riso e do gesto, que impregnam o dia-a-dia, sendo vividos no presente e nele se esgotam” (MAFFESOLI, 1988 p. 194).

Trazendo o foco para a saúde, o cotidiano se expressa pela

maneira de viver das pessoas pertencentes a uma família, e que se mostra “no dia a dia, através das suas interações, crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que vai delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p. 24).

Ao reportar a família durante a hospitalização, podemos considerar a sua história de vida diante do vivido no aqui e agora da internação, quando acontece a interação com outras pessoas pertencentes a culturas diferentes da familiar, além do encontro com cultura institucional cheia de regras, muitas vezes enrijecidas - poder instituído e que tanto podem potencializar - que é da ordem do instituído - esse cotidiano de relações como também impor limites aos envolvidos neste processo, estimulando as pessoas pelas suas potencialidades, sem normatizá-las.

A partir do momento em que as pessoas em interação com outras vão à busca da construção da história de um grupo e não apenas da história individual, vemos emergir o tribalismo Maffesoli define o tribalismo como sendo “o sentimento de filiação ou a partilha de gosto” (2011b, p. 71). Isto, por sua vez, é chamado de tribo, sofrendo influência da “função gregária” que fundamenta a ideia de estar junto por algo, por alguma motivação emocional que impulsiona a vinculação comunitária ou tribal (MAFFESOLI, 2011a, p. 14).

As tribos, por se formarem a partir das emoções, experimentam a necessidade de se deslocarem, chegando a um “estado de agregação” entre as pessoas que compartilham o ambiente, que neste caso é o ambiente hospitalar (MAFFESOLI, 2011b, p. 28).

Michel Maffesoli, em seu livro “O conhecimento comum”, destaca cinco premissas, que podem ser denominadas de pressupostos teóricos e da sensibilidade, os quais delineiam uma maneira de produzir conhecimento, um modo de fazer ciência e olhar para os fenômenos, colaborando para compreender o presente.

Assim, apresentamos, a seguir, os cinco pressupostos propostos por Michel Maffesoli: Crítica do dualismo esquemático; A forma; Uma sensibilidade relativista; Uma pesquisa estilística; Um pensamento libertário.

3.2.1 Primeiro Pressuposto: A crítica ao dualismo esquemático

Este pressuposto é marcado por potencialidades diversas, difíceis de serem definidas com exatidão entre a erudição e a paixão. Se por um lado é baseada na construção, na crítica, no mecanismo e na razão. Por

outro, é baseada na imaginação, na natureza, no sentimento e no orgânico. Há uma possibilidade de “[...] movimento pendular entre o farejador social atento ao instituinte, ao subterrâneo – e o ‘taxonômico’, que classifica as formas ou as situações instituídas e sociais” (MAFFESOLI, 2010b, p.27-29).

Entendemos que há diversos tipos de conhecimento, correspondendo ao espectro social e suas múltiplas variações. Tudo o que diz respeito a vida cotidiana - as experiências vividas, crenças e valores, a interação com outras pessoas e ambiente – precisa ser considerado tanto do ponto de vista da Sociologia Compreensiva quanto de outras áreas do conhecimento.

Para Maffesoli (2008, p. 53), “o afeto, o emocional, o afetual” são da ordem da paixão, que podem servir de ferramentas metodológicas para a reflexão. A base da modernidade, que é a razão, não é o bastante, sendo necessária a integração entre ambas, o que irá resultar em “alargamento da consciência” (MAFFESOLI, 2010b).

3.2.2 Segundo Pressuposto: A forma

Maffesoli (2010) traz sua noção de formismo, entendendo que esta permite “descrever os contornos de dentro, os limites e a necessidade das situações e as representações que constituem a vida cotidiana”, temperando-se, assim, a rigidez do estruturalismo, com o “cuidado de manter a sua perspectiva, pertinente, de invariância; trata-se de uma modulação temperada que permite apreender a labilidade e as correntes quentes da vivência” (MAFFESOLI, 2010b, p. 31-32).

Assim, a partir de vários exemplos como o de “bacias semânticas” de Gilbert Durand, Maffesoli destaca que a forma é formante e de nenhum modo formal, mostrando a necessidade de metodologias que recorram a um específico que faça sobressair à variedade dos fenômenos sociais, indicando, deste modo, à perspectiva qualitativa. Para ele, um recurso metodológico que se apoie na forma é “inteiramente pertinente para dar conta da socialidade cada vez mais estruturada pela imagem” (MAFFESOLI, 2010b, p. 32).

Dentro deste pressuposto é que o autor chama a nossa atenção para a possibilidade de categorias ou classes. Segundo ele, se quisermos colocar ênfase no dado social com toda a sua polissemia, incoerência e labilidade, “isto não significa que não possamos aí notar as formas estruturantes”, pois se reconhece, cada vez mais, que “ordem e a desordem estão intimamente misturadas” (MAFFESOLI, 2010b, p. 33-

34).

Maffesoli diz que se “necessita que estabeleçamos categorias invariáveis que escapem ao domínio das especificidades históricas”. Para ele, a invariância é um integrante de qualquer atitude científica. Tudo que tem relação com a vida se compõe de repetições, ou mesmo de latentes ou manifestos envios a arquétipos ou estereótipos. Entendemos que, ao usarmos classes ou categorias, estamos envolvidos com um aspecto estruturante sim, mas que tem a nuance de “vir de dentro”, delineando-se numa estrutura que é móvel. As classes, ou categorias, que ele mesmo utiliza (poder, rito, a teatralidade, a duplicidade,...), podem ser compreendidas como:

Outras tantas modulações da forma; enquanto tal, elas não existem, são irreais, mas não deixam de ser metodologicamente muito úteis para ilustrar, porém em imagens, todos estes pequenos nada significantes ou todas estas estruturas macroscópicas que constituem as nossas sociedades (MAFFESOLI, 2010b, p. 35).

Enfim, Maffesoli acrescenta que “a forma é apenas uma tipificação elaborada a partir de dados observáveis, feitos à base de descrições, sem que se trate de suspeitar, criticar o que é observado ou descrito” (MAFFESOLI, 1996, p. 143).

3.2.3 Terceiro Pressuposto: Uma sensibilidade relativista

Maffesoli (2010) mostra a forma que traz as comparações, é possível pela existência de um relativismo metodológico. Não há uma realidade única. A clássica instrumentação já não basta para descrever uma “constelação societal onde a imagem e o símbolo ocupam um lugar de eleição”. Deste modo, todo este mundo heterogêneo e plural demanda uma compreensão sistêmica com o mais extenso dos espectros, uma ciência que integre “saberes especializados num conhecimento plural sempre em vias de se fazer e se desfazer” (MAFFESOLI, 2010b, p. 36-40).

A reflexão sistêmica, que tenta descrever em uma ordem complexa, a interação que a anima, está atenta ao paradoxal e ao heterogêneo do viver. A sensibilidade relativista sabe que a “verdade é sempre factual e momentânea” (MAFFESOLI, 2010b, p. 40).

3.2.4 Quarto Pressuposto: Uma pesquisa estilística

Maffesoli (2010) sinaliza-nos que a ciência precisa se expressar de modo, a saber, *dizer o seu tempo*. Assim, traz uma proposta que entendemos contribuir para que se reduza a distancia entre a academia e a comunidade em geral, ideia que temos defendido já há algum tempo. Ele propõe que a ciência se mostre através de um “*feedback*” constante entre a empatia e a forma, com uma escrita mais aberta, polifônica, que simultaneamente, reflita sobre si mesmo, e, sem perder o seu rigor científico, interesse aos protagonistas sociais (MAFFESOLI, 2010b, p. 41-42).

Dentro desta proposta é que Maffesoli (2010) apresenta a analogia e a metáfora como elementos essenciais do que denomina de procedimento, sendo preciso que se encontre um modo de expressar a polissemia dos sons, dos gestos e das situações que compõem a “*trama social*” (MAFFESOLI, 2010b, p. 41-45).

Maffesoli (2010) também nos alerta para o aspecto de se deixar um problema em aberto, pois suscita debate e outros olhares, podendo até serem contraditórios. Todavia ele alerta:

É, por fim, bem evidente que o ‘saber dizer’ não é sinônimo de dizer tudo. Há imprecisões que são simultaneamente elegâncias perante a complexidade das coisas, e respeito perante o leitor. Piruetas que não são em nada abdicções do espírito, mas convites para uma compreensão mais profunda... Naturalmente este procedimento aberto é pouco satisfatório para todos aqueles que têm necessidades de certezas (MAFFESOLI, 2010b, p. 45).

3.2.5 Quinto Pressuposto: Um pensamento libertário

Maffesoli ressalta que “é mais fecundo agir para uma libertação do olhar” (MAFFESOLI, 2010b, p. 46). Resgatando Balandier e Tourraine, fala-nos da interação entre diferentes escolas de pensamento, que ao estilizar as “baronias do saber”, bem como “as ciumentamente guardadas circunscrições temáticas”, faz dos inovadores um abalo ao peso institucional. Assim, refere que é preciso que o estudioso “saiba renascer inocente a cada manhã. O esquecimento é uma força que permite um novo olhar” (MAFFESOLI, 2010b, p. 47).

O *pensamento libertário* tem apoio na noção de tipicidade.

Assim, Maffesoli (2010b) destaca o pesquisador enquanto ator e participante, deixando claro que não é uma exigência generalizada, mas que certas metodologias o demandam, havendo uma interação que se estabelece entre o observador e seu objeto de estudo. Neste contexto há cumplicidade, convivência, empatia que está relacionado ao vínculo que se estabelece entre os profissionais e a família.

Maffesoli (2010b, p. 47-49) compartilha a noção de compreensão, que respalda esta pesquisa, ressaltando que “implica a generosidade de espírito, a proximidade, a correspondência”, a disponibilidade, permitindo “apreender ou sentir as sutilidades, os matizes, as discontinuidades” de uma situação social qualquer. Isto é, necessita de uma atitude de empatia. Ou seja, podemos resgatar a inspiração de Estelina Nascimento enfatizando que compreender é “exercitar o ‘ver pelo olhar do outro’, retomando o seu próprio olhar que já estará ‘embebido’ pelo do outro” (NITSCHKE, 1999).

A empatia e o vínculo permitem uma proximidade e disponibilidade para melhor adesão ao cuidado resultando em maior satisfação de quem cuida e de quem é cuidado. Sendo assim, transita pelo reencantamento da Enfermagem e a identificação com a profissão, potencializando a responsabilização no processo de cuidado, implementando a cultura de segurança.

Desta forma, estes pressupostos têm fundamentam o dia a dia da e são utilizados em várias pesquisas na área da saúde e da enfermagem, como algumas realizadas por membros do NUPEQUISFAM-SC, destacando-se: Nitschke (1999), Pereira (1999), Tholl (2002), Ghiorzi (2004), Fernandes (2007), Araruna (2007), Oliveira (2008), Souza (2008), Nóbrega (2012), Michelin (2014) Tholl (2015), Costa (2016), entre outros.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

A metodologia é o caminho que possibilita a consolidação da pesquisa, sendo entendida por Minayo, Deslandes e Gomes (2012, p. 14) como “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.

Desta forma, apresentaremos a seguir os passos definidos na metodologia, quais sejam: caracterização da pesquisa, contextualização do local da pesquisa, atores sociais do estudo, operacionalização da pesquisa com a coleta, registro, organização e análise dos dados, bem como os aspectos éticos relacionados à pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, tendo uma abordagem qualitativa.

Na abordagem qualitativa, os pesquisadores vão à busca da compreensão do problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, não importando a amostra numerosa, mais sim a saturação dos dados no decorrer da pesquisa (FLICK, 2009a).

A escolha pela pesquisa qualitativa se deve ao fato de poder abordar o mundo no campo da pesquisa, que neste caso é o hospital, bem como descrever e explicar os fenômenos sociais nas diversas maneiras que aparecem. Sendo assim, tem a finalidade de “esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta, o que estão fazendo ou o que lhes está acontecendo”, oferecendo uma visão rica do que se pretende pesquisar (FLICK, 2009a, p. 08).

Para Gil (2007, p. 19) “o ser humano valendo-se de suas capacidades, procura conhecer o mundo que o rodeia. Ao longo dos séculos, vem desenvolvendo sistemas mais ou menos elaborados que lhe permitem conhecer a natureza das coisas e do comportamento das pessoas”. Desta forma, a pesquisa qualitativa nos possibilita estarem mais próximos do objeto que se pretende conhecer, sem a preocupação de tornar este fenômeno esgotado em seus dados, pois pode ser analisado de diversas vertentes.

Por ser uma pesquisa desenvolvida no cenário natural, segundo as fontes de informação, caracteriza-se como pesquisa de campo, pois “consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada [...]”, através de vários instrumentos, entre eles estão a observação e a entrevista (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012, p. 26). Sendo

assim, ressalta-se que o propósito do pesquisador de campo é o de aproximar as pessoas e compreender o problema ou situação de pesquisa no seu ambiente natural.

Considerando o objetivo desta pesquisa, esta se caracteriza como exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória, por sua “flexibilidade”, possui uma maior “familiaridade” com o problema, tornando-o mais explícito através do levantamento dos dados encontrados no campo de pesquisa. Nesta modalidade, permite-se também a utilização da estratégia da entrevista como forma de coleta de dados (GIL, 2010, p. 29).

A pesquisa descritiva, por sua vez, descreve as características de uma determinada população, pois se compromete em levantar “opiniões, atitudes e crenças, determinando a natureza da relação entre as pessoas”, que neste caso é a família que está no ambiente hospitalar (GIL, 2010, p. 29).

4.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O cenário no qual esta pesquisa foi realizada envolveu duas unidades de internação cirúrgica, de um hospital universitário, na cidade de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina no sul do Brasil: A escolha destas unidades deu-se por apresentarem características de internação semelhantes, com riscos relacionados a Segurança do Paciente e por serem unidades de internação para o período perioperatório.

As entrevistas e observações aconteceram em locais que possibilitaram conforto e privacidade às pessoas, contando apenas com a presença da pesquisadora para que os envolvidos se sentissem à vontade para responder aos questionamentos, com duração de no máximo uma hora. Estes locais foram os quartos em que estavam internados, desde que não houvesse mais pessoas circulando, assim como nas salas de estudo e passagem de plantão da unidade de internação.

A pesquisa foi realizada mediante autorização da Diretoria Geral do hospital. Este hospital, possuindo 36 anos de existência, pode ser considerado fruto de lutas reivindicatórias tanto da comunidade acadêmica quanto da comunidade em geral junto às autoridades federais (UFSC, 2016). Assim, foi um marco no ensino, pesquisa e extensão da comunidade acadêmica em Florianópolis, além de servir a comunidade, tendo como o único convênio o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de suas obras terem início em 1964, a conclusão e inauguração do Hospital aconteceram em 02 de maio de 1980, apenas

com leitos de clínica médica e clínica pediátrica, assim como o ambulatório destas especialidades (UFSC, 2016).

Logo após a inauguração, foi dada continuidade a construção do hospital e ativação de todas as áreas de atendimento previstas na planta original, objetivando o atendimento de pacientes cirúrgicos e de alta complexidade, sendo ativados o centro cirúrgico, as duas clínicas cirúrgicas e a Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UFSC, 2016).

O ambulatório foi estabelecido na medida em que as especialidades estavam sendo ativadas, permitindo o atendimento gratuito à população, nas quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia (UFSC, 2016).

Em 1996, foi efetivada a maternidade, com as unidades de Triagem Obstétrica e Ginecológica, Centro Obstétrico, Neonatologia e Alojamento Conjunto. Esta, por sua vez, atende a população da grande Florianópolis e gestantes de alto risco do estado inteiro (UFSC, 2016).

Hoje o hospital atua nos três níveis de assistência a saúde (básico, secundário e terciário), sendo referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgias de grande porte. Outro fator importante deste hospital é a grande demanda de atendimento de emergência adulto e infantil (UFSC, 2016).

Seu corpo clínico constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde que utilizam o hospital como centro de ensino e de pesquisa; os profissionais da Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, possuem qualificações e titulações, aliados ao grande interesse na pesquisa e práticas clínicas, conferem ao hospital grande força e prestígio social e comunitário. Desde a sua implantação, com a influência de professores e estudantes da UFSC, estabeleceu a sistematização da assistência, a qual organizou o trabalho de enfermagem, persistindo até dias atuais (UFSC, 2016).

4.3 COLETA DOS DADOS

Para o alcance do objetivo, foram utilizadas como estratégias de coleta de dados a entrevista individual e a observação.

Inicialmente foram feitas visitas diárias em todos os quartos das unidades de internação cirúrgica, quando a pesquisadora após apresentarse possibilitou que ambas as partes conversassem informalmente sobre a internação, o dia a dia vivenciado pela família antes e depois da

internação, bem como as possibilidades de participar do estudo.

Após o contato inicial eram agendadas as entrevistas de acordo com a possibilidade do entrevistado, que na maioria das vezes colocaram-se disponíveis e interessados em estar contribuindo com novos conhecimentos.

Em um segundo momento, por meio da **entrevista individual**, coletou-se dados sobre o tema estudado, captando-os no discurso do entrevistado. A entrevistadora se manteve na escuta, interferindo cuidadosamente e somente para evitar que não acontecessem fugas do tema. Vale lembrar que a pesquisadora não se manifestou concordando ou discordando de quaisquer questões íntimas, ou seja, seguiu a entrevista sem induzir as respostas dos sujeitos de pesquisa, mantendo uma conversação dentro dos limites do tema proposto (MINAYO, 2010; FLICK, 2009a; POLIT; BECK, 2011).

Para direcionar a entrevista individual, fez-se necessário um instrumento de coleta de dados semiestruturado contendo os dados de identificação, a internação hospitalar e a Segurança do Paciente na perspectiva da família, entre outros aspectos (APÊNDICE B).

A coleta de dados através da entrevista e observação, aproximou a pesquisadora das famílias em situação de hospitalização, assim como as famílias puderam compartilhar o *vivido* em comum em um processo de interação com o pesquisador, sendo um espaço para discutir as questões que emergiram relativas à Segurança do Paciente e o Cuidado Seguro. Assim, também, possibilitaram um espaço para o processo educativo, no qual os membros da família puderam refletir sobre o momento *vivido* no hospital (NITSCHKE, 1999).

A **observação**, como uma das estratégias adotadas nesta pesquisa, aconteceu desde o primeiro contato com a família, quando a pesquisadora faz a seleção da inclusão no estudo e as maneiras de viver desta família nos vários cenários que transita. A observação é entendida como um método no qual a pesquisadora avaliou o tema ao entrar em contato com realidade, ou seja, no período em que foi realizando a pesquisa de campo. A pesquisadora necessitou estar aberta ao que nem sempre é visível, sendo, portanto, importante a experiência anterior em pesquisa (MINAYO, 2010; FLICK, 2009a; POLIT; BECK, 2011).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA

A Enfermagem, ao longo de sua história, vem desenvolvendo o cuidado com seres humanos com problemas de saúde dos mais simples até os mais inusitados, necessitando de amparo legal para o ensino,

pesquisa e o exercício profissional.

Neste sentido, a ética e a bioética fazem parte deste cotidiano de relações, sendo respaldado por meio dos direitos e deveres na amplitude de suas ações, como forma de proteção aos seres humanos que cuidam de seres humanos.

Nos dias atuais, toda pesquisa é fundamentada em critérios éticos para a realização da mesma. Para tal, é preciso embasá-la em princípios fundamentais para a proteção dos indivíduos envolvidos na pesquisa, tais como a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (FLICK, 2009b).

No Brasil, esses princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos estão regulamentados pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que foi construído com bases nos documentos internacionais, sendo que a referida resolução proporciona para todas as partes envolvidas na pesquisa (sujeito da pesquisa, comunidade científica e o estado) a segurança quanto aos seus direitos e deveres (BRASIL, 2012).

Para complementar as exigências e adequações inerentes a pesquisa com seres humanos, o órgão fiscalizador da enfermagem, estabelece a Resolução nº 311 de 12 de maio de 2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (AMADIGI et al., 2013).

Esta resolução estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, abordando as necessidades e direitos de assistência de enfermagem da população, dos direitos do profissional e a sua organização, a partir de uma adesão entre usuários e trabalhadores de enfermagem com objetivo de uma assistência livre de riscos e agravos e inteligível a toda a população (AMADIGI et al., 2013).

Desta forma, esta pesquisa respeitou tanto os preceitos estipulados na Resolução 466/12 que envolve seres humanos em pesquisa, assim como o compromisso diante do código de ética dos profissionais de enfermagem.

Diante da formalização e proteção dos sujeitos da pesquisa, bem como a autorização institucional, o projeto deste estudo foi executado somente após a aprovação do Diretor Geral do Hospital onde foi realizada a pesquisa. A partir desta instância, a proposta foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEC/UFSC) sob o nº 1.466.614 (ANEXO A), conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

Assim, também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE A) foi em duas vias, sendo uma entregue as famílias e a outra de posse da pesquisadora, quando foram

informadas sobre os passos do projeto. Foi mantido o anonimato de suas identificações por meio de códigos, representados por flores, que foram apresentadas às famílias no álbum da família, assim como a liberdade de querer ou não participar do estudo, podendo desistir da pesquisa no momento que desejar.

As falas foram gravadas e transcritas, para, posteriormente, serem validadas com as famílias. Este material ficará guardado com as pesquisadoras por cinco anos, e, após este período, serão destruídas, conforme estabelece a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física, nem acarretou implicações institucionais aos seus participantes. Porém, pode trazer à tona sentimentos e emoções acerca da vivência da hospitalização de seu familiar, sendo que sempre estivemos fazendo os devidos encaminhamentos e cuidados. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de tornar-se um fio condutor na construção e aperfeiçoamento de uma cultura de segurança na instituição hospitalar, bem como para o fortalecimento das famílias que vivenciam a situação de hospitalização.

Sendo assim, foram respeitados os princípios éticos estabelecidos pela resolução 466/12 em todos os momentos da pesquisa, com a finalidade de proporcionar o máximo de benefícios e o mínimo de riscos, garantindo a autonomia, dignidade e interesses das famílias durante a hospitalização (GONZÁLEZ et al., 2008).

4.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes que integraram esta pesquisa foram 12 famílias que possuíam um de seus membros internado nas unidades de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. O convite para participar da pesquisa foi feito pela doutoranda pesquisadora, no período de março a maio de 2016, destinado à coleta de dados, respeitando os procedimentos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foram incluídos no estudo pessoas que: se consideram família e que estão com um de seus membros internados no Hospital Universitário, apresentassem condições de lucidez e orientação para interagir com a pesquisadora; Maiores de 18 anos; Residentes nos municípios da Grande Florianópolis (APÊNDICE B).

Foram excluídas do estudo as pessoas que não se consideraram como membros integrantes da família da pessoa internada; não

permitiram o acesso da pesquisadora no quarto e ambiente familiar; não estavam em condições de lucidez e orientação para interagir com a pesquisadora.

Após a conversa inicial, foi feito o convite para participação do estudo, explicando os objetivos e cada etapa da pesquisa, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na sequência, como forma de manter em sigilo a identidade dos entrevistados, foi oferecido um *álbum das famílias das flores* construído a partir do jardim pertencente à família da própria pesquisadora. Após a visualização de todo o álbum e o encantamento com as flores, as pessoas escolheram aquelas que representassem a sua família, passando sua denominação a ser adotada como codinome para identificação de cada família pela pesquisadora: Margarida, Camélia, Hibisco, Copo de Leite, Dália, Rosa Vermelha, Vitória Régia, Azaleia, Hortênsia, Amor Perfeito, Petúnia, Agapanto, ilustradas como segue o quadro abaixo:

Quadro 2 - Apresentação do álbum das famílias.





(F5) DÁLIA



(F6) ROSA VERMELHA



(F7) VITÓRIA RÉGIA



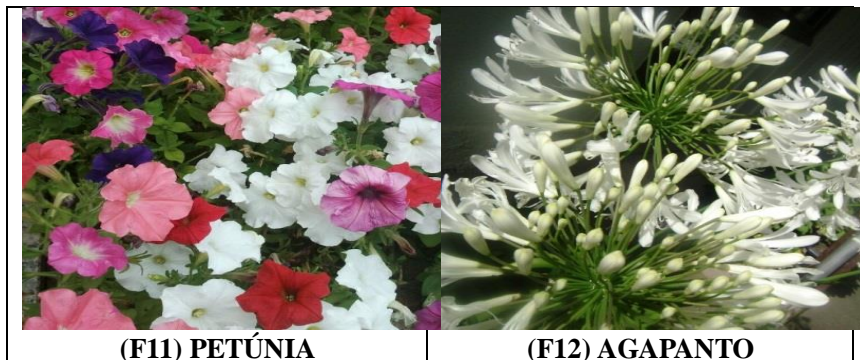
(F8) AZALEIA



(F9) AMOR PERFEITO



(F10) HORTÊNCIA



Fonte: Dados da autora

A escolha por uma flor para representar a família foi muito agradável, pois percebemos a satisfação das pessoas que estavam no ambiente hospitalar e que todos gostavam muito de plantas e flores, chegando a dizer que fazia lembrar-se da sua casa e até mesmo da infância.

A margarida me faz lembrar a infância... Uma flor tão simples, mas que fez tanto sentido na casa da minha mãe (F1 - Margarida).

Outras, por sua vez, expressavam sentimento de satisfação por trazer para dentro de um ambiente frio e tenso, que é o ambiente hospitalar, a beleza das cores destas flores.

As pessoas entrevistadas das doze famílias que possuíam um de seus membros internados nas unidades cirúrgicas, eram todas do sexo feminino. Pertencentes à faixa etária de 24 a 66 anos, sendo uma de 20 a 30 anos, duas de 31 a 40 anos, quatro de 41 a 50 anos, cinco de 51 a 60 anos e quatro de 61 a 70 anos. O grau de parentesco com a pessoa internada foi: quatro esposas, três filhas, uma neta, uma irmã, uma nora, uma mãe e amigas de trabalho.

Quanto ao grau de escolaridade, duas participantes possuíam o Ensino Superior Completo (ESC), uma o Ensino Superior Incompleto (ESI), cinco com o Ensino Médio Completo (EMC), duas com Ensino Fundamental Completo (EFC) e duas possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (EFI). As profissões identificadas foram: três do lar, duas aposentadas, duas comerciantes e as outras cinco entre auxiliar de serviços gerais, secretária, analista de crédito, agricultora e estudante.

Já as pessoas internadas estavam na faixa etária de 34 a 80 anos, sendo um de 31 a 40 anos, dois de 51 a 60 anos e nove de 61 a 80 anos.

Destes, sete do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, dois pacientes possuíam o Ensino Superior Completo (ESC), dois com o Ensino Médio Completo (EMC), quatro com Ensino Fundamental Completo (EFC) e quatro possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (EFI).

Quanto ao motivo da internação, a maioria dos pacientes possuía doenças relacionadas ao aparelho digestivo, tais como: três com câncer hepático e gástrico; um com transplante hepático em estágio tardio; três com coledocolitíase, colelitíase e pancreatite. Os demais apresentaram os motivos de internação relacionados a tumor pulmonar; obesidade mórbida; reconstrução mamária após mastectomia; litíase renal; e hiperplasia prostática benigna.

4.6 REGISTRO DOS DADOS

O registro das entrevistas individuais e observações envolveu uma parte descritiva composta pelo registro dos dados no **Instrumento de Coleta de Dados** (APÊNDICE C) e no **Diário de Campo** (APÊNDICE D), nos quais foi utilizada a **Memória Recente** e a **gravação digital** como forma de registrar a interação.

A Memória Recente aconteceu quando a pesquisadora estava realizando a coleta de dados e fez anotações de palavras-chave e frases relatadas pelos participantes da pesquisa. As palavras-chave, segundo Colognese (2006, p.40) “são pedaços, trechos ou transcrições do discurso, que revelam a essência da fala” contida no depoimento. Este método é viável desde que o pesquisador faça o relatório logo após o término da interação. Além disso, a utilização de um gravador foi outra forma de garantir a qualidade e autenticidade dos relatos, que foram transcritos de acordo com a necessidade de confirmação da memória recente.

Os registros foram transcritos no Diário de Campo logo após o encontro com as famílias, baseado em Ludke e André (1986), envolvendo notas: Notas de Interação (NI), Notas Metodológicas (NM), Notas Teóricas (NT) e Notas Reflexivas (NR).

Notas de Interação (NI): Neste momento, relatou-se a interação entre a pesquisadora e as famílias, referindo-se ao comportamento, forma de se expressar, agir e abordagem, bem como o imaginário sobre a Segurança do Paciente e o cuidado seguro na hospitalização, quando foi contemplada a descrição do local, das reações dos envolvidos no processo, dos eventos especiais, entre outros.

Notas Metodológicas (NM): Neste espaço, fez-se uma análise da

adequação das técnicas e métodos utilizados e problemas detectados, assim como decisões a serem tomadas.

Notas Teóricas (NT): Esta etapa foi relacionada com as reflexões acerca dos aspectos teóricos pré-estabelecidos para a pesquisa.

Notas Reflexivas (NR): Nesta etapa foram registradas as expectativas da pesquisadora, opiniões e percepções do contexto do ambiente de estudo, bem como a interpretação enfatizando o imaginário sobre a Segurança do Paciente e o Cuidado Seguro na perspectiva família em situação de hospitalização.

O Diário de Campo, foi utilizado em todas os encontros com a a família, já que é indicado nas pesquisas qualitativas em saúde e enfermagem, é o meio pelo qual o pesquisador tem a possibilidade de registrar de forma sistematizada suas impressões das interações entre as pessoas pautadas na reflexão teórica (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

4.7 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Para compilação e organização dos dados foi usado o *software* Atlas/Ti[®], criado no ano de 1993, com utilização em pesquisas qualitativas. Este *software* é de fácil uso, contribuindo na visualização, integração, casualidade e exploração do material coletado, deixando de lado os quadros manuscritos realizado para categorização nas pesquisas qualitativas. O programa Atlas/Ti[®], comporta ferramentas que permitem gerenciar dados de modo a facilitar o exame do material selecionado, permitindo assim, customizar relações por meio das interpretações prévias alimentadas pelo pesquisador (WALTER; BACH, 2009), quais sejam:

Hermeneutic unit (Unidade hermenêutica): Local onde ficam reunidos todos os materiais (entrevistas e oficinas) e todas as conjunções realizadas pelo pesquisador a partir das ferramentas disponíveis.

Primary documents (Documentos primários): São os dados primários coletados.

Quotes (citações): São segmentos de dados relevantes selecionados pelo pesquisador e que mais tarde irão exemplificar os códigos.

Codes (códigos): São as categorias geradas pela análise do pesquisador. Estas podem estar ligadas a uma citação ou ainda a outras categorias.

Memos (Notas de análise): Local onde se registra os *insights* do pesquisador.

Families (Famílias): São agrupamentos de códigos, documentos e anotações.

Networks (Esquema gráfico): Representações gráficas das famílias e códigos associados.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, sabe-se que a análise dos dados é uma das etapas mais desafiadoras, haja vista “a falta de procedimentos analíticos padronizados”, “a enorme quantidade de trabalho exigida”, assim como a “necessidade de habilidades indutivas e criativas” do pesquisador (POLIT; BECK, 2011, p. 505).

A análise dos dados seguiu o método sugerido por Schatzman & Strauss (1973), que, por sua vez, envolve o pensamento que se caracteriza por ser autoconsciente, sistemático, organizado e instrumental, acompanhando durante toda a pesquisa desde a coleta até o relatório final, o que vem ao encontro da pesquisa qualitativa utilizada nesta proposta. Segundo os autores, permite a interação entre os envolvidos no processo de pesquisa, quais sejam: o pesquisador e os pesquisados (SCHATZMAN; STRAUSS, 1973, p. 100).

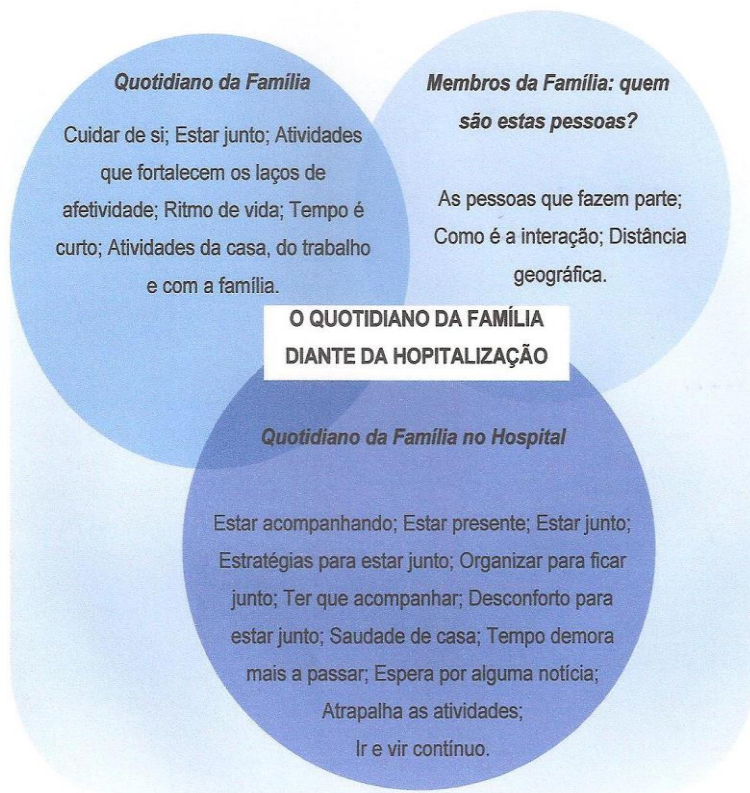
Este método de análise resulta em categorias, emergindo da **codificação**, feita a partir da **descoberta de classes** e suas **ligações** que, “provavelmente, a operação mais fundamental na análise de dados qualitativos é a descoberta de classes significativas de coisas, pessoas e eventos e as propriedades que as caracterizam neste processo, que continua do começo ao fim da pesquisa; o analista, gradualmente, revela seus próprios “és” e “porquês”, nomeiam classes e liga uma às outras, inicialmente com declarações “simples” que expressam as ligações, e continua este processo até suas proposições caírem em conjuntos, em uma densidade cada vez maior de ligações” (SCHATZMAN; STRAUSS, 1973, p. 110).

Considerando o método de análise sugerido por Schatzman e Strauss (1973) e com o olhar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, busquei compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização, tendo encontrado as seguintes categorias: Membros da família: quem são estas pessoas? O cotidiano da família; O cotidiano da família no hospital; O significado da segurança do paciente e do cuidado seguro; Experiências anteriores acerca da segurança do paciente; A família como partícipe da segurança do paciente; O preparo

da equipe de saúde para o cuidado seguro; Limites e potências para a segurança do paciente.

A seguir estarão dispostos os quadros com as categorias e as subcategorias encontradas nos resultados da pesquisa, representados através das representações gráficas 1 e 2:

Figura 1: Representação gráfica do cotidiano da família diante da hospitalização



Fonte: Dados da autora

Figura 2: Representação gráfica do imaginário da família acerca da Segurança do Paciente



Fonte: Dados da autora

CAPÍTULO V – RESULTADOS

Dando continuidade ao estudo, os resultados serão apresentados conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que prevê a produção de manuscritos de autoria do discente juntamente com o orientador. Nesta perspectiva, este estudo gerou um total de quatro manuscritos, sendo que os dois primeiros fizeram parte do capítulo de Revisão de Literatura e os outros dois foram desenvolvidos a partir da análise dos dados coletados. Para melhor visualização, os manuscritos serão apresentados conforme os quadros abaixo.

Quadro 3 - Apresentação do Manuscrito 1: A segurança do paciente e a família no cotidiano hospitalar

MANUSCRITO 1: A SEGURANÇA DO PACIENTE E A FAMÍLIA NO QUOTIDIANO HOSPITALAR

Objetivo: Analisar as produções acerca da Segurança do Paciente e a Família no cotidiano hospitalar, no período de 2011 a 2016.

Fonte: PubMed, LILACS e SciELO.

Descritores: Segurança do Paciente; Família; Hospitalização.

Artigos Encontrados: 160 (cento e sessenta) produções

Artigos Selecionados: 28 (vinte e oito) produções

Categorias de Análise: O imaginário da família acerca da segurança das pessoas no cotidiano hospitalar; A comunicação como forma de melhorar a segurança das pessoas no cotidiano hospitalar; A interação da família com os profissionais de saúde para o cuidado seguro durante a internação.

Localização: Capítulo 2, página de 46 a 65.

Fonte: Dados da autora

Quadro 4 - Apresentação do Manuscrito 2: A produção do conhecimento sobre cotidiano e imaginário em dissertações e teses na enfermagem brasileira

MANUSCRITO 2: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO EM DISSERTAÇÕES E TESES NA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Objetivo: Analisar a produção de dissertações e teses dos pesquisadores da Enfermagem brasileira sobre cotidiano e imaginário, no período de 2000 a 2015.

Fonte: Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem - Nacional (ABEn/N).

Descritores: Cotidiano/Cotidiano e Imaginário - apresentados nesta base de dados como: atividades cotidianas, cotidiano, quotidiano, imaginário, sociologia-compreensiva, razão sensível, imagem corporal/auto-imagem, simbolismo e modos de vida.

Artigos Selecionados: 40 (quarenta) produções, sendo 19 (dezenove) dissertações de mestrado e 21 (vinte e uma) teses de doutorado.

Categorias de Análise: O cotidiano e o imaginário da equipe de enfermagem e saúde; Cotidiano e imaginário na promoção da saúde; O cotidiano e o imaginário acerca da violência na família; O cotidiano e o imaginário da família frente às mudanças em sua trajetória de vida; O imaginário da hospitalização para a pessoa e sua família.

Localização: Capítulo 5, página de 92 a 113.

Fonte: Dados da autora

Quadro 5 - Apresentação dos resultados através das categorias do Manuscrito 3: O cotidiano da família diante da hospitalização.

MANUSCRITO 3: O QUOTIDIANO DA FAMÍLIA DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO

Objetivo: Compreender o cotidiano da família durante a internação hospitalar de um de seus membros.

Categorias: Membros da família: quem são estas pessoas? O cotidiano da família fora do hospital; O cotidiano da família no hospital.

Localização: Capítulo 5, página de 114 a 133

Fonte: Dados da autora

Quadro 6 - Apresentação dos resultados através das categorias do Manuscrito 4: O imaginário da família acerca da segurança do paciente num encontro com o cotidiano da hospitalização.

MANUSCRITO 4: O IMAGINÁRIO DA FAMÍLIA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NUM ENCONTRO COM O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO

Objetivo: Compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização.

Categorias: O significado da segurança do paciente e do cuidado seguro; Experiências anteriores acerca da segurança do paciente; A família como partícipe da segurança do paciente; O preparo da equipe de saúde para o cuidado seguro; limites e potências para a segurança do paciente.

Localização: Capítulo 5, página de 134 a 160.

Fonte: Dados da autora

5.1 MANUSCRITO 2: A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO EM DISSERTAÇÕES E TESES NA ENFERMAGEM BRASILEIRA

A produção do conhecimento sobre cotidiano e imaginário em dissertações e teses na enfermagem brasileira

The production of everyday and imaginary knowledge in dissertations and theses in Brazilian nursing

La producción de conocimiento sobre todos los días y lo imaginario en disertaciones y tesis en enfermería brasileña

Luizita Henckemaier³
Rosane Gonçalves Nitschke⁴

RESUMO: Seguindo os passos da revisão integrativa, objetivou-se analisar a produção de dissertações e teses dos pesquisadores da Enfermagem brasileira sobre cotidiano e imaginário, no período de 2000 a 2015. Realizou-se o levantamento de trabalhos científicos no banco de teses e dissertações depositadas no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem, totalizando 40 produções, sendo 19 dissertações de mestrado e 21 teses de doutorado. Adotando-se a análise de conteúdo, definiu-se como categorias o cotidiano e o imaginário da equipe de enfermagem; o cotidiano e o imaginário da família frente às mudanças em sua trajetória de vida, hospitalização, violência e a promoção da saúde. Ao refletir sobre os estudos, pudemos nos apropriar dos pressupostos da sociologia compreensiva, propondo um constante ir e vir entre o mundo profissional e o da família, resgatando o cuidado de enfermagem pautado na razão sensível.

³ Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário (HU/UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC), do PEN/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: luizitahe@gmail.com Correspondência: Luizita Henckemaier. Rua Prefeito Dib Cherem, 2881, 302, Capoeiras. CEP 88.090-000 - Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Doutora em Filosofia de Enfermagem pela UFSC/ SORBONNE/Paris V. Líder do NUPEQUISFAM-SC. Coordenadora do Projeto Ninho.

Palavras-chave: Enfermagem. Pesquisa em enfermagem. Atividades cotidianas.

ABSTRACT: This is an review aimed to analyze the production of dissertations and theses of the researchers of the Brazilian Nursing on day-to-day activities and imaginary, from 2000 to 2015. The survey of scientific articles was carried out in the database of theses and dissertations published in the Nursing Studies and Research Center of the Brazilian Nursing Association, totaling 40 productions, of which 19 were master's theses and 21 doctoral dissertations. Through content analysis, the following categories were defined: day-to-day activities and the imaginary of the nursing staff; the day-to-day activities and the family imaginary in the face of changes in their life path, hospitalization, violence and health promotion. Reflection on the studies led us to use the premises of comprehensive sociology, and the proposal is a constant coming and going between the professional world and the family, re-establishing the nursing care guided by the sensible reason.

Keywords: Nursing. Nursing research. Activities of daily living.

RESUMEM: Se trata de una revisión con el fin de analizar la producción de disertaciones y tesis de los investigadores de la enfermería brasileña com relación al cotidiano y el imaginario, en el período de 2000 a 2015. Se llevaron a cabo las investigaciones de artículos científicos en la base de datos de tesis y disertaciones publicadas en el Centro de Estudios e Investigación en Enfermería de la Asociación Brasileña de Enfermería, para un total de 40 producciones, siendo 19 disertaciones de maestría y 21 tesis de doctorado. A través del análisis de contenido, se definió como categorías el cotidiano y el imaginario del equipo de enfermería; el cotidiano y el imaginario de la familia ante los cambios en su camino de vida, la hospitalización, la violencia y promoción de la salud. La reflexión acerca de los estudios nos llevó a recurrir a los presupuestos de la sociología comprensiva, planteando un constante ir y venir entre el mundo profesional y la familia, así contemplando el cuidado de enfermería basado em la razón sensible.

Palavras-clave: Enfermería. Investigación em enfermeira. Atividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

A abordagem dos processos de viver e ser saudável, com base nos

pressupostos e nas noções da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, tem se constituído objeto de análise no decorrer da história da enfermagem brasileira. Nesse sentido, o Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC) têm contribuído para essas produções.

O NUPEQUISFAM-SC foi criado em 1993, sob coordenação da Prof. Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende, com a denominação de Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Quotidiano e Saúde de Santa Catarina, com a sigla NUPEQS-SC, inspirado no *Centre d'Etudes Surl'Actuel et le Quotidien*—CEAQ - Sorbonne, Paris V, dirigido pelo Prof. Dr. Michel Maffesoli e na vivência do NUPEQS-MG, estando, desde sua criação, ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Constituiu-se como Projeto Integrado de Pesquisas e Estudos em 1994, ocasião em que se cadastrou junto ao CNPq. Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende coordenou o grupo de pesquisas até 1997, quando a sua liderança passou à Professora Rosane Gonçalves Nitschke, até 2008, e de 2010 até os dias de hoje.

O grupo de pesquisa adota como referencial teórico-metodológico uma perspectiva fenomenológica, tendo como suporte a Sociologia Compreensiva e a Sociologia do Quotidiano, destacando-se especialmente o pensamento de Michel Maffesoli, sem deixar de incluir outros autores como George Mead, Serge Moscovici, Edgar Morin, entre outros.

Dentre os objetivos do NUPEQUISFAM-SC estão: elaborar programas de estudos e investigações sobre a temática, com vistas à reflexão e produção de conhecimento para a prática na área da saúde; desenvolver o ensino na área do cotidiano, imaginário e saúde, em nível de graduação e pós-graduação; promover intercâmbio entre pesquisadores, equipes universitárias, profissionais e comunidade, em geral, que se interessem pela temática, numa perspectiva interdisciplinar; divulgar trabalhos produzidos pelo Núcleo em nível regional, nacional e internacional e subsidiar práticas que integrem a temática, adotando-se a razão sensível. Desde sua fundação o NUPEQUISFAM-SC desenvolve atividades que incluem o Intercâmbio Nacional e Internacional.

Parte significativa das investigações desenvolvidas no NUPEQUISFAM-SC busca compreender como o cotidiano se apresenta no mundo contemporâneo, especialmente, das famílias, tendo como foco dos estudos as interações da dinâmica familiar onde se

(re)produz o processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer. Nesse sentido, ressaltam-se as atitudes, os gestos, os símbolos, o comportamento, a fala, os sentimentos que dizem respeito aos acontecimentos corriqueiros, aos pequenos fatos e acontecimentos que emergem na vida dessas pessoas todos os dias, além das forças que as impulsionam. A busca da consolidação da linha de pesquisa intitulada O Quotidiano e o Imaginário no Processo Saúde-doença estimularam-nos a conhecer a produção do conhecimento sobre o cotidiano e imaginário, especialmente na enfermagem brasileira, extrapolando as fronteiras do NUPEQUISFAM–SC, levando à seguinte questão norteadora: Como está a produção do conhecimento sobre cotidiano e imaginário na enfermagem brasileira no período de 2000 a 2015?

O imaginário pode ser entendido como “todo este mundo de significados, de ideias, de fantasias, de evocação de figuras já percebidas ou não percebidas, de crenças, de valores, onde o ser humano está mergulhado. O imaginário, enfim, é um mundo de significados que são incorporados às imagens” (NITSCHKE, 1999, p. 46). O cotidiano, por sua vez, é “a maneira de viver dos seres humanos que se mostram no dia-a-dia, através de suas interações, crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que vai delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p. 24).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a produção de dissertações e teses dos pesquisadores da Enfermagem brasileira sobre cotidiano e imaginário no período de 2000 a 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão das dissertações e teses produzidas pela enfermagem brasileira, no período compreendido entre os anos de 2000 a 2015, que são encaminhadas e disponibilizadas no catálogo de Teses e Dissertações no Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), seguindo os passos da revisão integrativa.

Além do período supracitado, foram incluídos estudos que continham no título e/ou nos descritores os termos – Quotidiano/Cotidiano e Imaginário - apresentados nesta base de dados como: atividades cotidianas, cotidiano, cotidiano, imaginário, sociologia-compreensiva, razão sensível, imagem corporal/auto-imagem, simbolismo e modos de vida.

Adotando-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), construíram-se as categorias: o cotidiano e o imaginário da equipe de enfermagem; o cotidiano e o imaginário da família frente às mudanças em sua trajetória de vida, hospitalização, violência e da promoção à saúde. A interpretação aconteceu a partir da identificação de categorias que foram analisadas com base nos pressupostos teóricos da sensibilidade de Michel Maffesoli (2010).

RESULTADOS

De acordo com o banco de dados do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), foram encontrados 40 produções *stricto sensu*, ou seja, dissertações e teses, entre os anos de 2000 a 2015. Dessas, 19 pertencem à modalidade de dissertações de mestrado e 21 são teses de doutorado.

Quanto às palavras-chave e descritores, foram identificados os seguintes termos: 15 produções elencaram atividades cotidianas; 08 cotidiano/quotidiano, 03 cotidiano/imaginário, 02 sociologia-compreensiva, 01 razão sensível, 02 imagem corporal/auto-imagem, 08 simbolismos e 01 modos de vida.

As dissertações e teses incluídas no estudo tiveram maior concentração nos anos de 2007 e 2002 com 06, e 2003 com 05 produções anuais. Nos anos de 2000, 2006, 2012 e 2014 foram 03; em 2008, 2009, 2011 e 2013 foram 02; e em 2005, 2010 e 2015 foi 01 produção por ano. Nos anos de 2001 e 2004 não houve estudo publicado no banco de dados da ABEn.

Com relação às Universidades de origem e o tipo de produção, delineou-se o seguinte quadro: na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) totalizaram-se 18 produções *stricto sensu*, sendo 07 dissertações e 11 teses; na Universidade Federal do Ceará (UFC), houve um total de 05 produções, sendo 04 dissertações e 01 tese; na Universidade de São Paulo – São Paulo (USP/SP) totalizaram-se 04 produções, com 01 dissertação e 03 teses, enquanto na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foram 02 dissertações e 02 teses; na Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (USP/RP) com 01 dissertação e 01 tese; Universidade Federal da Bahia (UFBA) 02 teses; Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) 01 dissertação e 01 tese; e com 01 dissertação em cada uma das seguintes instituições: Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Os referenciais teórico-metodológicos utilizados nos estudos pesquisados apontam para predominância da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, do Interacionismo Simbólico, seguidos das Representações Sociais e outros diversos.

Quadro 7- Caracterização dos estudos de acordo com o Referencial Teórico-Metodológico

Sociologia Compreensiva e do Quotidiano (Michel Maffesoli).		10	14
Sociologia Compreensiva e do Quotidiano (Michel Maffesoli); Interacionismo Simbólico (Herbeth Blumer).		02	
Sociologia Compreensiva e do Quotidiano (Michel Maffesoli); Carta de Otawa.		01	
Sociologia Compreensiva e do Quotidiano (Michel Maffesoli); Teoria Transcultural (Madeleine Leininger).		01	
Interacionismo Simbólico (Herbeth Blumer).		09	11
Interacionismo Simbólico (Herbeth Blumer); Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory).		02	
Representações Sociais (Serge Moscovici e Denise Jodelet).		04	04
Outros	Não utilizou.	02	10
	Construção Social da Realidade (Berger e Luckmann); O Cotidiano e a História (Agnes Heller).	01	
	Dialética Hegeliana (Georg W. F. Hegel).	01	
	Fenomenologia Heideggeriana (Martin Heidegger).	01	
	Método Paulo Freire.	01	
	Modelo de Adaptação (Callista Roy).	01	
	Processo de Trabalho (Dejours – 2007 e Lunardi Filho <i>et al.</i> – 2001).	01	
	Teoria do apego (Bowlby); Modelo bioecológico do desenvolvimento humano (Urie Bronfenbrenner).	01	
Teoria Transcultural (Madeilene Leininger).	01		
TOTAL		40	

Fonte: Catálogo de Teses e Dissertações - CEPEn – ABEn
<http://www.abennacional.org.br/home/tesesedissertacoescepen.htm>

Ao analisar os tipos de pesquisa utilizados nos estudos,

identificou-se que todas as quarenta produções foram alicerçadas na pesquisa qualitativa, sendo que 14 foram exclusivamente qualitativas. Vale ressaltar que apenas 01 foi caracterizada como quanti-qualitativa. As demais pesquisas foram identificadas na abordagem qualitativa, sendo ainda caracterizadas como: descritiva, exploratória, interpretativa, Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), Teoria Fundamentada em Dados (TFD), história de vida e estudo de caso.

O quadro três traz a relação das teses e dissertações encontradas na base de dados contendo o nome do autor, título do estudo e ano.

Quadro 8 - Relação das teses e dissertações incluídas no estudo

Autor	Título	Ano
Araruna	Cotidiano familiar e escolar de crianças portadoras de fissura de lábio e/ou palato.	2000
Araújo Netto	O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano do trabalho.	
Ghelman	Cotidiano de crianças diabéticas: vivido de mães e assistência da enfermeira (O).	
Damião	Crenças da família da criança com fibrose cística (As).	2002
Erdtmann	Enfermagem domiciliar em correspondência: o desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível.	
Lopes	Assumindo o cuidar: a enfermeira vivenciando o processo de cuidar e sendo cuidadora do paciente em nutrição parenteral.	
Silva	Limites e possibilidades no cotidiano das enfermeiras mudança da sistematização do cuidado: uma abordagem cultural num ambiente Hospitalar.	
Souza	Cuidar da auto-imagem e auto-estima em mulheres idosas, visando a promoção da qualidade de vida com enfoque cultural (O).	
Tholl	Nos bastidores do cotidiano: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde.	
Cunha	Representações e memória coletiva: um estudo da identidade profissional da enfermeira.	2003
Oriá	Casal infértil em busca do filho desejado: uma	

	abordagem interacionista na perspectiva da mulher (O).	
Rafael	Significado da amamentação na percepção da mulher primípara (O).	
Silva	Primigesta no contexto familiar à luz do interacionismo simbólico: o discurso do sujeito coletivo.	
Thomé	Processo de amamentar para mães de crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato segundo a perspectiva do interacionismo simbólico (O).	
Teixeira	Meu neto precisa mamar! E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em enfermagem fundamentada no interacionismo simbólico.	2005
Cruz	Perceber e (con)viver com o cateter de diálise peritoneal: uma contribuição do cliente para a enfermagem através dos sentidos corporais.	2006
Silva	A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família.	
Souza	Refletindo o processo de cuidar nas interações cotidianas entre a equipe de enfermagem e as famílias no centro obstétrico.	
Araruna	Mundo imaginal e a potência de ser família saudável frente à violência no cotidiano.	2007
Cascais	Representações sociais da condição de estar estomizado por câncer.	
Decesaro	Dinâmica das relações familiares: compreendendo o convívio com familiar dependente de cuidados físicos.	
Fernandes	O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia.	
Gonçalves	O profissional de saúde em enfermagem de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde.	
Porto	Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-	

	1925).	
Oliveira	Um estudo transgeracional sobre a construção das relações em famílias com crianças que apresentam comportamento agressivo no cotidiano.	2008
Souza	O cotidiano de cuidado de enfermagem: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias.	
Araújo	Violência no cotidiano de famílias de adolescentes negros: enfoques para o cuidar de enfermagem.	2009
Beserra	Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em hospital geral.	
Couto	Quotidiano e o imaginário de mulheres que provocaram aborto em um contexto de violência doméstica: contribuições para um cuidar em enfermagem e saúde [O].	2010
Horta	Modos de vida juvenis: cotidiano, espaços sociais e saúde.	2011
Silva	Representações sociais da família sobre a deficiência física da criança e suas implicações no cotidiano.	
Becker	O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores.	2012
Cordeiro	Abrindo as portas do quarto terapêutico: significando a radioiodoterapia.	
Nobrega	O imaginário da promoção da saúde no cotidiano da formação do técnico em enfermagem.	
Avila	A visibilidade da enfermagem e suas implicações no cotidiano de trabalho.	2013
Souza	Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da Edmonton Frail Scale associada à independência funcional.	
Carraro	O cuidado da saúde do homem no cotidiano da saúde da família.	2014
Michelin	Potências e limites para a promoção da saúde no cotidiano dos trabalhadores de um centro de saúde.	

Sousa	Cotidiano das alunas pioneiras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: 1953 - 1957.	
Tholl	O cotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias: potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde.	2015

Fonte: Catálogo de Teses e Dissertações - CEPEn – ABEn
<http://www.abennacional.org.br/home/tesesedissertacoescepen.htm>

A partir da análise das dissertações e teses, surgiram as seguintes categorias: o cotidiano e o imaginário da equipe de enfermagem e saúde; cotidiano e imaginário na promoção da saúde; o cotidiano e o imaginário acerca da violência na família; o cotidiano e o imaginário da família frente às mudanças em sua trajetória de vida; o imaginário da hospitalização para a pessoa e sua família.

DISCUSSÃO

De acordo com as categorias elencadas, a primeira está relacionada ao **quotidiano e o imaginário da equipe de enfermagem e saúde**, na qual podemos destacar o estudo realizado para investigar as memórias dos trabalhadores de saúde mental. Este, por sua vez, retrata que o sistema de assistência à saúde mental era falho, haja vista o excesso de pessoas em uma mesma unidade, associado às condições de trabalho e humanas precárias, o que resultou em um cuidado (des)humano. Com a reforma na saúde mental, muitos avanços aconteceram, gerando transformações no modo de cuidar, aliado às relações interpessoais entre profissionais, pessoas internadas e suas famílias (BECKER, 2012).

A pesquisa sobre o cotidiano das alunas pioneiras da Escola de Enfermagem de Ribeirão observou que a instauração da imagem da enfermeira diplomada em Ribeirão Preto, através da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, enfrentou obstáculos em face de preconceitos da sociedade local em relação à imagem do enfermeiro. Estratégias de marketing como palestras, rádio e prospectos foram colocadas em prática no sentido de divulgar a enfermeira diplomada. A formação da enfermeira, na EERP- USP, através não apenas do ensino, mas de todo o processo de emolduramento comportamental das estudantes, contribuiu para a divulgação da profissão (SOUSA, 2014).

Desta forma, a pós-modernidade nos chama a um mundo

globalizado onde o imaginário se torna indispensável para compor o conjunto social, imaginário que nos possibilita captar a lógica íntima de um acontecimento e enxergar o real a partir do irreal - ou seja, captar o real a partir do seu avesso: o irreal, expressando um “realismo mágico” (MAFFESOLI, 2012).

Resgatando a identidade profissional no cotidiano da enfermagem, podemos citar que o estudo de Araújo Netto que busca analisar as condições de trabalho, associadas às percepções e expressões do ser enfermeiro no desenvolvimento de seu papel, resgatando as relações que estabelece com o outro e consigo mesmo (ARAÚJO NETTO, 2000).

Em a visibilidade da enfermagem e suas implicações no cotidiano de trabalho, após rever a história da enfermagem, o estudo aponta que a origem da enfermagem foi sustentada em bases empíricas e em práticas fundamentalmente místicas, constituindo-se como uma profissão caritativa e vocacional, reproduzindo alguns estereótipos ainda presentes no imaginário da população e dos demais profissionais da área da saúde. Observou que a visibilidade da Enfermagem está relacionada à trajetória histórica da profissão, à falta de reconhecimento da Enfermagem como profissão que possui saberes científicos, à veiculação errônea da imagem da Enfermagem na mídia, à ausência da realização de marketing por parte do enfermeiro, aos posicionamentos inadequados perante a equipe e, ainda, à sobrecarga de trabalho (AVILA, 2013).

Nesse sentido uma reflexão de natureza filosófica que remeta a ciência da enfermagem a alicerces mais efetivos sobre os diferentes sentidos dos termos, cuidado e assistência de enfermagem, buscando princípios ontológicos e epistemológicos, conferiria maior legitimidade na consolidação da enfermagem como ciência (ANDRADE et al., 2008). Com um olhar pós-moderno, Maffesoli nos mostra a importância de buscar o pensamento em seu sentido pleno, um pensamento que nos permita abordar a vitalidade do cotidiano, próximo das tentativas e erros próprios da existência, com sensibilidade que nos conduza a revelar um imaginário que está presente na enfermagem e que perdemos o hábito de ver nas nossas rotinas teóricas e práticas (MAFFESOLI, 2012).

Em se tratando das implicações para a saúde dos membros da equipe de enfermagem, estudos enfatizam a importância da valorização das atitudes no dia a dia e o “cuidar de si para cuidar do outro”. São considerados os riscos físicos e emocionais a que esses profissionais estão expostos ao lidar com condições de trabalho, muitas vezes inadequadas, bem como o cuidado de pessoas e famílias que vivenciam problemas de saúde grave (SILVA, 2006; FERNANDES, 2007;

GONÇALVES, 2007; BESERRA, 2009).

Neste sentido, “o cuidar de si para cuidar do outro” é próprio de cada pessoa que faz parte da equipe de enfermagem. Ao sistematizar o processo de cuidado, é necessário levar em conta as crenças e os valores, resgatando a sensibilidade intuitiva entre os envolvidos no cotidiano do cuidado para a promoção da saúde (ERDTMANN, 2002; SILVA, 2002). Por isso fica evidente a importância de planejar e desenvolver ações voltadas para a Promoção da Saúde e prevenção do *burnout* no cotidiano laboral dos trabalhadores. Tais ações devem promover o desenvolvimento pessoal, o fortalecimento do grupo e estimular a reflexão sobre o processo de trabalho no dia a dia (MICHELIN, 2014).

Compreender o cotidiano significa “[...] a maneira de viver dos seres humanos, expressa no dia-a-dia, através de suas interações, crenças, valores, imagens e símbolos, que constroem seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu Ciclo Vital”, e a cultura organizacional na qual o ensino de enfermagem está inserido, torna-se relevante para o imaginário desse universo que permeia a construção de novas realidades, possibilitando às pessoas ver e compreender eventos, ações, objetos, expressões e situações particulares de maneiras diferentes (NITSCHKE, 2007).

Referente à categoria do **quotidiano e imaginário acerca da promoção da saúde** entre os envolvidos no ensino, um estudo aponta que os docentes têm um entendimento amplo do conceito Promoção da Saúde, enquanto os discentes associam com a prevenção de doenças, enfatizando os saberes preventivistas e biomédicos (NÓBREGA, 2012). Há um despertar para a necessidade de que os profissionais de saúde conheçam a sua realidade de atuação para posteriormente estabelecer as estratégias de cuidado (HORTA, 2011).

Buscando compreender o cuidado da saúde do homem no cotidiano da saúde da família e identificar as interações de descuido e cuidado, foi apontada a força da cultura que sequestra o cuidado do universo masculino, concentrando-o no mundo das mulheres, “sobrecarregando-as” e “infantilizando-os” podendo levar a um adoecimento. Salienta-se que o exercício dialógico reforça a grupalidade e o entrecuidado, desenvolvendo uma sensibilidade relativista, e o pensamento libertário, contribuindo para Promoção da Saúde (CARRARO, 2014).

Na categoria o **quotidiano e o imaginário acerca da violência na família** surgem pesquisas como contribuição aos estudos da saúde e da enfermagem, especialmente em decorrência da integração entre o NUPEQUISFAMSC, e grupos da Universidade Federal da Bahia como

Grupo Crescer, *Grupo Cuidar em Enfermagem e Grupo de Violência, Saúde e Qualidade de Vida, da Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA*, entrelaçando sua tradição de estudos sobre o fenômeno da violência e gênero com o cotidiano e imaginário, integrando a família. Couto (2010) retrata as possibilidades que se apresentam nessas circunstâncias, como de mulheres vítimas de violência, que pode resultar em gravidez indesejada, sendo necessária a valorização da mulher na sua subjetividade humana. Ressalta que, não raro, há o risco de efetivação do aborto ancorado no trauma físico e psicológico a que essas mulheres foram expostas. A autora alerta para a necessidade de valorização do cotidiano e imaginário no momento em que há o encontro entre o “ser que cuida” e o “ser que é cuidado” (COUTO, 2010).

A violência vivenciada entre adolescentes negros e suas famílias também é abordada por Araújo (2009), quando os discursos apontam imagens, imaginário, símbolos e significados das dificuldades para enfrentar/conviver com a violência, tornando aqueles que vivenciam a violência, muitas vezes, estigmatizados e vulneráveis.

Araruna (2007) enfatiza a potência familiar frente à violência e a enfermagem, ao mergulhar no mundo imaginal, podendo estimular a reflexão familiar, na busca da reconstrução da interação entre os membros da família, promovendo o ser saudável em seu cotidiano.

Os estudos sobre **quotidiano e o imaginário da família frente às mudanças em sua trajetória de vida** apontam que essas transições são inevitáveis, como as trazidas pelo nascimento de um novo ser. Em um estudo com casais inférteis, identificou-se que projetam no filho a realização do sonho da maternidade e da paternidade (ORIÁ, 2003). A gestação pode gerar situações positivas ou negativas, dependendo dos significados estabelecidos na família, que são vivenciadas de diferentes maneiras pelos envolvidos no processo (RAFAEL, 2003; SILVA, 2003).

A gestação, parto e puerpério requerem um envolvimento da família como forma de rede de apoio a mãe, pai e bebê, destacando a amamentação como um ato construído ao longo da interação (TEIXEIRA, 2005; SOUZA, 2006).

Neste sentido, a enfermagem tem um papel indispensável junto à família, considerando a inexperiência da mãe, estimulando a participação do pai e compartilhando saberes com os outros membros da família que já experimentaram a maternidade e o ato de amamentar (THOMÉ, 2003).

A família, por sua vez, não prevê as dificuldades que possam vir a acontecer nesse nascer e crescer familiar. Silva (2011) identificou que as

famílias, embora demonstrem sentimento de tristeza ao saber das deficiências da criança, gostariam que pertencessem ao grupo dos considerados “normais”. Sabe-se que há inúmeras transformações quotidianas no universo familiar ao saber do diagnóstico de deficiência ou problema de saúde em um dos seus membros, necessitando dos profissionais em relação aos cuidados, bem como para planos e expectativas para o futuro desse ser (DECESARO, 2007).

O estudo de Souza (2013) nos faz refletir sobre a importância das atividades quotidianas em seus aspectos particulares do dia a dia, como parte integrante da vida do ser humano, ao considerar a fragilidade de idosos institucionalizados, bem como sua dependência funcional. Nesse estudo, percebe-se que, para manter o idoso com um envelhecimento ativo, é necessária a preservação da independência e da autonomia. A institucionalização interfere nessa autonomia, deixando, muitas vezes, o idoso mais frágil (SOUZA, 2013).

Nesse contexto, compreender o quotidiano possibilita uma aproximação das singularidades que compõem as atividades cotidianas no dia a dia desses idosos; um olhar para os fenômenos da realidade possibilita uma busca compartilhada por um viver mais saudável, assegurando o respeito às capacidades dos idosos e aos diferentes estilos do viver e ser saudável (MAFFESOLI, 2010).

Ao investigar sobre quotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias: potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde, Tholl (2015) ressalta a necessidade da integração entre profissionais de saúde, entre Instituições de saúde e da qualificação dos profissionais da saúde. Para ela, a análise individual de cada determinante que envolve a temática é fundamental na minimização das barreiras atitudinais e arquitetônicas que influenciam negativamente na adesão à reabilitação das pessoas com lesão medular e suas famílias, e passa pela transfiguração do quotidiano inerente ao processo de reabilitação. Neste sentido, foca-se o trabalho com a habilidade preservada, para a maior independência possível dentro do potencial funcional de cada indivíduo, objetivando melhor adaptação à sua nova condição (THOLL, 2015).

A pesquisa de Tholl (2015) se alinha ao pensamento pós-moderno de Maffesoli (2012), que diz respeito à vida em seu eterno recomeço. Um ciclo se encerra, forçando o reconhecimento de que a saturação de um mundo com deficiência não é o fim do mundo, mas o fim de um mundo, para renascer em outro, expresso pela retomada da força e do vigor, adaptando-se a outro ritmo do viver, trazendo a vida, o culto ao corpo, (auto cuidado), o sentimento de pertencimento tribal -

(re)socialização - o retorno ao querer viver, o hoje e o agora, a reabilitação.

O imaginário da hospitalização para a pessoa e sua família, permite compreender que a hospitalização é um evento significativo na vida da família, quando passa a fazer parte de um ambiente desconhecido. O imaginário das famílias aponta para as diferentes atitudes entre os profissionais, além de perceberem que não são cuidadas como gostariam de ser durante o período de internação de um dos seus membros (SOUZA, 2008).

Assim, também a enfermagem reconhece que as famílias não são cuidadas, mas, ao mesmo tempo, sentem a necessidade de saber como cuidar. Neste sentido, uma pesquisa com a equipe de enfermagem e a família mostra que se constrói a imagem de que a família é “chata, exigente, controladora, indelicada, abusada, grosseira”, e que, muitas vezes, “vem atrapalhar o trabalho dentro do hospital”. A autora propõe possibilidades com a equipe para incluir a família no processo de cuidar dentro do hospital, como forma de resgatar o “re-encantar do fazer da enfermagem” (THOLL, 2002).

Pensando nesse “re-encantar do fazer da enfermagem”, as orientações estão entre as tarefas mais desafiadoras face aos significados das pessoas com relação ao câncer e seu tratamento. Na maioria das vezes, chegam ao serviço de radioterapia com informações dúbias ou sem nenhuma resposta para seus anseios, sendo necessário que o profissional estabeleça uma interação com a pessoa a ser atendida na tentativa de minimizar a problemática do momento, considerando a sua trajetória de vida e de sua família (CORDEIRO, 2012).

Nestes estudos, consideramos os pressupostos teóricos e da sensibilidade de Maffesoli. Em seu primeiro pressuposto *a crítica ao dualismo*, integrando “razão e a imaginação”, quando ressalta que vemos de um lado um acento na construção, na crítica, no mecanismo, na razão; de outro, a natureza, o sentimento, o orgânico e a imaginação, foi possível perceber esta dualidade marcando os momentos de interação que se estabeleceram nos cenários dos estudos em questão, especialmente (MAFFESOLI, 2010).

Percebe-se que há divergências entre os profissionais e a família no hospital, o que podemos fundamentar com o que Maffesoli (2009) chama “elite intelectual” associada à mídia, mas que expressa essa realidade das instituições de saúde, onde os profissionais podem adotar uma postura arrogante, escancarada e apaziguadora moralmente, mas inútil no sentido de ouvir e considerar “o outro lado”, que neste caso é a família. Este, por sua vez, vai ao encontro do segundo pressuposto:

“crítica à forma”, trazendo a noção do *formismo* como uma constante, na qual irão agregar os eventos, as situações, as personalidades, bem como a maneira de pensar (MAFFESOLI, 2010).

O pressuposto *uma sensibilidade relativista*, aponta para um relativismo metodológico, não havendo uma realidade única, mas maneiras diferentes de concebê-la. Tanto os profissionais quanto as famílias são protagonistas, em função das diversidades de saberes e situações que se estabelecem durante as interações nas instituições de saúde (MAFFESOLI, 2010).

Tanto as mudanças da trajetória na vida da família quanto o cotidiano de relações da equipe de enfermagem trazem à tona este quarto pressuposto: “uma pesquisa estilística”, sendo “feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do que qual se deve dar alguma conta” (GONÇALVES, 2007, p. 41). Como também “pensamento libertário” enfoca as interações de diferentes escolas de pensamento. “O pensamento libertário procura apoio na noção de tipicidade, onde existe certa interação estabelecida entre o observador e o seu objeto de estudo” (MAFFESOLI, 2010, p. 53).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção de dissertações e teses dos pesquisadores da Enfermagem brasileira sobre cotidiano e imaginário, no período de 2000 a 2015, trouxe-nos um panorama de perspectivas e desafios.

Foi possível ver reforçada a necessidade de inserção do descritor cotidiano/cotidiano, revisitando seu significado, bem como do imaginário, para que possamos identificar as produções nesta área, facilitando a interlocução.

A ênfase nos estudos com abordagem qualitativa nos faz pensar em uma expressão de nossa contemporaneidade, que nos direciona, não somente ao que ver, mas a como ver estes fenômenos: mergulhando na existência das pessoas e grupos dos quais buscamos nos aproximar! Enfatizamos também a força das entrevistas, tanto individuais quanto grupais, visto que sublinham a interação, a postura dialógica, o estar junto, como potência social e empoderamento do ser, sinalizando o compromisso social do pesquisador da enfermagem e da saúde que, ao pesquisar, também pode ter uma atitude de cuidado, promovendo seres, grupos, famílias e comunidades saudáveis.

Ressaltam-se trabalhos que enfocam o cotidiano e o imaginário adotando diferentes referenciais teóricos e metodológicos, quando se

tem como objeto de estudo a vida cotidiana, as maneiras de viver, bem como os significados, percepções, representações, símbolos, crenças, valores e imagens. Destacamos as contribuições das ideias de Michel Maffesoli para os estudos da Enfermagem e Saúde, especialmente sua possibilidade de integração com outros referenciais, expressando, assim, sua coerência com seus próprios pressupostos. Além disso, sua perspectiva compreensiva, enfocando os fenômenos da contemporaneidade, tem contribuído para uma maior aproximação da realidade, quando buscamos uma prática mais afetiva, e, portanto, efetiva de pessoas e grupos sociais, como a família.

Também se destaca a contribuição dos estudos envolvendo o Interacionismo Simbólico, mostrando sua contribuição para os estudos qualitativos e de Enfermagem com Famílias, apontando para a possível influência de Dra. Ingrid Elsen nesta área.

Os resultados dos estudos realizados na enfermagem no período de 2000 a 2012 mostram uma produção envolvendo: o cotidiano e o imaginário da equipe de enfermagem e saúde; cotidiano e imaginário na promoção da saúde; o cotidiano e o imaginário acerca da violência na família; o cotidiano e o imaginário da família frente às mudanças em sua trajetória de vida; o imaginário da hospitalização para a pessoa e sua família.

Diante dos dados e resultados, é possível vislumbrar as parcerias entre grupos potencializando a expertise de cada um e ampliando horizontes, recomendando-se políticas de pesquisa e educação que, entrelaçadas, incentivem estas parcerias, refletindo-se na consolidação de áreas de conhecimento e linhas de pesquisa e cuidado, como o Projeto de Qualificação Interinstitucional (PQI), cujos benefícios se mostram na continuidade de produção com os egressos.

A partir deste estudo, vê-se emergir a necessidade e a possibilidade de outras pesquisas, ampliando o período e as fontes de publicação, envolvendo artigos, trabalhos publicados em eventos, com o objetivo de conhecer a evolução. Além disso, também recomendamos outros estudos buscando análise de produção de enfermeiros e outros profissionais da saúde que estão vinculados a outras áreas de conhecimento como sociologia, psicologia, educação, comunicação, entre outros.

O foco das pesquisas também se coloca como outro desafio, como por exemplo: afinal, como o cotidiano/cotidiano é visto nos estudos? Como cenário? Como cena? Os dois? Ou há ainda outra (s) possibilidade(s)?

A enfermagem, pautada na Sociologia Compreensiva, pode

estabelecer relações entre o saber popular e o saber científico, fazendo uso da razão sensível no cuidado de enfermagem, sendo um avanço para compreender o cotidiano e imaginário dos envolvidos no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. B. et al. Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, v. 12, n. 1, p. 77-82, jan./abr. 2008. Disponível em <http://revistas.unipar.br/?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=2232&path%5B%5D=1844>. Acesso em: 27 maio 2016.

ARARUNA, R. C. **Mundo imaginal e a potência de ser família saudável frente à violência no cotidiano**. 2007. 242f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ARAÚJO, L. C. **Violência no cotidiano de famílias de adolescentes negros: enfoques para o cuidar de enfermagem**. 2009. 212f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ARAÚJO NETTO, L. F. S. **O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano do trabalho**. 2000. 177f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

AVILA, L. I. **A visibilidade da enfermagem e suas implicações no cotidiano de trabalho**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 279p.

BECKER, S. G. **O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores**. 2012. 163f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BESERRA, F. M. **Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em hospital geral**. 2009. 84f.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

CARRARO, C. A. G. **O cuidado da saúde do homem no cotidiano da saúde da família.** 2014. 249f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CEPEN. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem-Nacional (ABEn/N) **Catálogo de Teses e Dissertações.** Disponível em <http://www.abennacional.org.br/home/tesesedissertacoescepen.htm>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CORDEIRO, E. A. K. **Abrindo as portas do quarto terapêutico: significando a radioiodoterapia.** 2012. 201f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

COUTO, T. M. **Quotidiano e o imaginário de mulheres que provocaram aborto em um contexto de violência doméstica: contribuições para um cuidar em enfermagem e saúde [O].** 2010. 181f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

DECESARO, M. N. **Dinâmica das relações familiares: compreendendo o convívio com familiar dependente de cuidados físicos.** 2007. 195f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ERDTMANN, B. K. **Enfermagem domiciliar em correspondência: o desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível.** 2002. 104f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FERNANDES, S. L. S. A. **O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia.** 2007. 312f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GONÇALVES, J. R. **O profissional de saúde em enfermaria de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde.** 2007. 191f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

HORTA, N. C. **Modos de vida juvenis: cotidiano, espaços sociais e saúde.** 2011. 263f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MAFFESOLI, M. **A república dos bons sentimentos.** São Paulo: Iluminuras, Itaú Cultural, 2009, 96p.

_____. **O conhecimento comum** – introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2010, 295p.

_____. **O tempo retorna** – formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, 114p.

MICHELIN, S. R. **Potências e limites para a promoção da saúde no cotidiano dos trabalhadores de um centro de saúde.** 2014. 244f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos:** a descoberta dos laços de afeto como caminho. 1999. 199f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 24-26, 2007.

NÓBREGA, J. F. **O imaginário da promoção da saúde no cotidiano da formação do técnico em enfermagem.** 2012. 126f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

ORIÁ, M. O. B. **Casal infértil em busca do filho desejado:** uma abordagem interacionista na perspectiva da mulher (O). 2003. 153f.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

RAFAEL, E. V. **Significado da amamentação na percepção da mulher primípara (O)**. 2003. 90f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVA, A. M. F. **Representações sociais da família sobre a deficiência física da criança e suas implicações no cotidiano**. 2011. 211f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SILVA, D. M. **Limites e possibilidades no cotidiano das enfermeiras mudança da sistematização do cuidado: uma abordagem cultural num ambiente Hospitalar**. 2002. 202f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, M. V. S. **Primigesta no contexto familiar à luz do interacionismo simbólico: o discurso do sujeito coletivo**. 2003. 142f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVA, T. C. S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006. 149f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SOUSA, T. O. **Cotidiano das alunas pioneiras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: 1953 - 1957**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SOUZA, E. M. S. **Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da *Edmonton Frail Scale* associada à independência funcional**. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SOUZA, L. C. S. L. **O cotidiano de cuidado de enfermagem: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias**. 2008. 277f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZA, M. S. **Refletindo o processo de cuidar nas interações cotidianas entre a equipe de enfermagem e as famílias no centro obstétrico.** 2006. 94f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, M. A. **Meu neto precisa mamar! E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação:** um modelo de cuidar em enfermagem fundamentada no Interacionismo Simbólico. 2005. 234f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

THOLL, A. D. **Nos bastidores do cotidiano:** as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde. 2002. 137f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

THOLL, A. D. **O cotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias:** potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde. 2015. 250f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

THOMÉ, S. **Processo de amamentar para mães de crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato segundo a perspectiva do interacionismo simbólico (O).** 2003. 172f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

5.2 MANUSCRITO 3 – O QUOTIDIANO DA FAMÍLIA DIANTE DA HOSPITALIZAÇÃO

O cotidiano da família diante da hospitalização

The family's daily life facing the hospitalization

La vida cotidiana de la familia ante la hospitalización

Luizita Henckemaier⁵
Rosane Gonçalves Nitschke⁶

RESUMO: Tem-se como objetivo compreender o cotidiano da família durante a internação hospitalar de um de seus membros. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação para coleta de dados com 12 famílias que possuíam um de seus membros internados em duas unidades de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A organização e agrupamento dos dados deu-se com o uso do *software* Atlas.ti[®]. A análise de dados envolveu: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização, de acordo com Shatzmann e Strauss. As categorias temáticas foram: membros da família: quem são estas pessoas? O cotidiano da família; O cotidiano da família no hospital. Fazem parte da família pessoas de suas relações, sendo consideradas as que possuem laços de consanguinidade, interesse e/ou afetividade. O cotidiano evidenciado pelos modos de vida diante da hospitalização é marcado pela incerteza do diagnóstico, do tratamento, bem como da vida que continua fora do hospital. Torna-se importante uma organização familiar durante o período de internação e da recuperação

⁵ Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário (HU/UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC), do PEN/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: luizitahe@gmail.com Correspondência: Luizita Henckemaier. Rua Prefeito Dib Cherem, 2881, 302, Capoeiras. CEP 88.090-000 - Florianópolis, SC, Brasil.

⁶ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Doutora em Filosofia de Enfermagem pela UFSC/ SORBONNE/Paris V. Líder do NUPEQUISFAM-SC. Coordenadora do Projeto Ninho.

da saúde de um de seus membros, considerando a necessidade de estar junto como forma de estar presente.

Palavras-chave: Hospitalização. Família. Enfermagem. Atividades cotidianas.

ABSTRACT: The objective is to understand the daily activities of the family during the period of hospital stay of one of its members. This is a field research, with a qualitative, exploratory and descriptive approach, based on Michel Maffesoli's Comprehensive and Quotidian Sociology, conducted through semi-structured interview and observation for data collection. The arrangement and assorting of the data was done using Atlas.ti © software. The data analysis has composed of: preliminary analysis, staging, key linkages, coding and categorization, according to Shatzmann and Strauss. Thematic categories were: family members: who are these people? How is the day-to-day life of the family, both in and outside the hospital? Those who have ties of consanguinity, interest and / or affectivity are deemed part of the family membership. The day-to-day life of the family affected by the hospital stay of one of its members is characterized by the uncertainty of diagnosis, treatment and the life that goes on outside the hospital. It's necessary to plan family activities during the period of hospital stay and recovery of one of its members, in view of the need to stay with the loved one as a way to be present.

Keywords: Hospitalization. Family. Nursing. Activities of daily living.

RESUMEM: El objetivo es comprender la vida cotidiana de la familia mientras dure la internación de uno de sus miembros en un hospital. Se trata de una investigación de campo con un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en la Sociología Comprensiva y de la Vida Cotidiana de Michel Maffesoli. Se utilizó una entrevista semiestructurada y la observación para recolectar los datos. La organización y agrupación de los datos se produjeron con el uso de software Atlas.ti ©. El análisis de datos incluye: análisis preliminar, ordenamiento, enlaces clave, la codificación y la categorización de acuerdo a Shatzmann y Strauss. Los temas fueron categorizados como sigue: miembros de la familia: ¿Quiénes son estas personas? La vida cotidiana de la familia; la vida cotidiana de la familia en el hospital. Son parte de la familia las personas de sus relaciones, considerando los que tienen lazos de consanguinidad, intereses y / o afecto. La vida cotidiana que se evidencia por los modos de vida ante la hospitalización está marcada por la incertidumbre del diagnóstico, del tratamiento y la vida

que continúa fuera del hospital. Es importante tener una organización de la familia durante la estancia en el hospital y la recuperación de la salud de uno de sus miembros, teniendo en cuenta la necesidad de estar juntos como una manera de hacerse presente.

Palavras-clave: Hospitalización. Familia. Enfermería. Actividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

A família, enquanto unidade pode ser constituída por seres humanos e outros seres vivos, pertencentes a modelos diversificados, dependendo de como se consideram. A constituição familiar não se constitui apenas por meio dos laços de consanguinidade e do local de moradia, mas sim como “uma rede de relações socioafetivas complexas que entrelaçam a vida das pessoas”. Os membros da família se aproximam por laços de afetividade, possuem “um sistema de crenças próprias, estruturas singulares e vivenciam o mundo sob óticas muito particulares”, caracterizando-se como um sistema familiar complexo nas diversas situações em sua história de vida (ELSEN et al., 2016, p. 448).

Nesta perspectiva, a internação de um membro da família no hospital, frequentemente é resultado de doença ou trauma grave e inesperado, é um evento a mais que pode causar mudanças e até transtornos em seu cotidiano. Transtornos estes, marcados por acréscimo nas preocupações com o estado de saúde, o diagnóstico médico, os procedimentos a serem realizados, as responsabilidades pela internação, enfim o fazer parte de um mundo totalmente diferente do cotidiano familiar, pode ser um agravante no comprometimento da organização familiar (MOTTA et al., 2016; HENCKEMAIER, 2004).

A hospitalização tende a levar ao distanciamento entre os membros da família, sendo permeada por sentimentos relacionados à necessidade de diminuir esta lacuna, que pode ser entendida como o *estar junto* emergente (MAFFESOLI, 2010a) neste cotidiano.

A hospitalização, na perspectiva da família, se expressa pela necessidade de *estar junto* durante a internação de um de seus membros, o que auxilia nos aspectos relacionados à segurança do paciente. O *estar junto*, o *estar presente* caracteriza-se pelo acompanhamento durante todo o período de internação, seja por uma pessoa ou pelo rodízio entre os membros da família. O momento da visita também é uma forma de *estar junto* com a pessoa internada.

O *estar junto* vai além de estar no mesmo espaço, mas sim é quando as pessoas se reúnem e se reconhecem, entrando em ação

“simultaneamente” por viver em comum ou por um mesmo objetivo que é a recuperação de um dos membros da família hospitalizada (MAFFESOLI, 2011).

Estudos mostram a importância e as vantagens de envolver a família no processo de hospitalização, porém pode ser considerado um desafio para atender as necessidades do paciente e quanto mais da família de que faz parte. Ao cuidar da família, a enfermagem necessita buscar formas de atendê-las, “[...] haja vista que a própria cultura institucional, ao privilegiar o cuidado ao indivíduo, exclui a família e não a considera como parte integrante do cuidado ao ser humano no ambiente hospitalar” (HENCKEMAIER, 2004, p. 419).

No cotidiano da hospitalização, a Segurança do Paciente emerge como uma questão importante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Segurança do Paciente é entendida como a união de esforços para proteção das pessoas, na tentativa de redução dos atos inseguros, melhorando processos institucionais e com isso a lapidação da cultura de segurança (WHO, 2009).

A Segurança do Paciente pode ser compreendida como “uma importante dimensão da qualidade, definida como o direito das pessoas” de terem o mínimo de riscos de incidentes e Eventos Adversos associados ao cuidado prestado na instituição hospitalar (FREITAS et al., 2014, p. 458).

A OMS tem enfatizado a Segurança do Paciente nas instituições de saúde, como forma de garantir um mínimo de riscos possíveis para as pessoas que internam e/ou são atendidas pelos profissionais de saúde. Sabe-se que os danos decorrentes de falhas nos processos institucionais, sejam eles estruturais, materiais ou humanos, são desnecessários para as pessoas e suas famílias que estão necessitando de cuidados de saúde (WHO, 2009).

O Centro Colaborador para a Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, iniciou a rede internacional para identificar, avaliar, adaptar e difundir soluções para Segurança do Paciente. Em 2011, a JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) lançou as seis metas para a Segurança do Paciente, envolvendo: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança dos medicamentos de alto risco; assegurar sítio, procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco do paciente de danos resultantes de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013).

Quando pensamos em investir na cultura de segurança do

paciente nas instituições hospitalares, é necessário pensar de uma forma mais ampla, considerando a família como elemento importante e indispensável para garantir a recuperação da pessoa hospitalizada, como também pensar a família como aliada na garantia na Segurança do Paciente e do Cuidado Seguro. Neste sentido de aproximação com a família, tendo-a como parceira, torna-se fundamental conhecer seu cotidiano, entendendo-se o cotidiano como “a maneira de viver dos seres humanos que se mostram no dia-a-dia, através de suas interações, crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que vai delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p. 24). Afinal, maneiras de viver nos ensinam maneiras de cuidar, sintonizadas na realidade das famílias, sendo, assim, o cuidado afetivo e efetivo, portanto, podendo colaborar para o cuidado seguro.

Deste modo, objetiva-se **compreender o cotidiano da família durante a internação hospitalar de um de seus membros**, com a finalidade de refletir sobre algumas questões que envolvem este cotidiano e suas contribuições para o cuidado seguro, que envolvem a segurança do paciente e a construção de uma cultura da segurança.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa sendo fundamentada nas noções e os pressupostos teóricos e da sensibilidade da Sociologia Compreensiva e do Cotidiano sob o olhar de Michel Maffesoli, realizada com doze (12) famílias que possuíam um de seus membros internados em duas unidades de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do sul do Brasil. Através de entrevista semiestruturada e observação, a coleta de dados aconteceu no período de março a maio de 2016, respeitando os procedimentos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa através do nº 1.466.614.

Foram incluídas na pesquisa as pessoas que atenderam aos critérios: se consideram família e que tinham um de seus membros internados no período de realização desta pesquisa; apresentassem condições de lucidez e orientação para interagir com a pesquisadora; fossem maiores de 18 anos; e residentes nos municípios da Grande Florianópolis. Para garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados, foi oferecido um *álbum de famílias de flores*, construído a partir do jardim pertencente à família da própria pesquisadora. Após a visualização de

todo o álbum e o encantamento com as flores, as pessoas escolheram aquelas que representassem a sua família, passando a ser sua denominação adotada como codinome para identificação de cada família pela pesquisadora: Margarida, Camélia, Hibisco, Copo de Leite, Dália, Rosa Vermelha, Vitória Régia, Azaleia, Hortênsia, Amor Perfeito, Petúnia, Agapanto.

O registro dos dados aconteceu em Diários de Campo, Memória Recente e gravação digital. Para compilação e organização dos dados foi usado o *software* Atlas/Ti[®] e a análise dos dados seguiu o método sugerido por Schatzman & Strauss (1973) integrando: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização.

RESULTADOS

- Conhecendo famílias e familiares

As pessoas entrevistadas eram todas do sexo feminino, na faixa etária de 24 a 66 anos. Quanto ao grau de escolaridade, duas possuíam o Ensino Superior Completo (ESC), uma o Ensino Superior Incompleto (ESI), cinco com o Ensino Médio Completo (EMC), dois com Ensino Fundamental Completo (EFC) e dois possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (EFI).

Já as pessoas internadas estavam na faixa etária de 34 a 80 anos, sendo sete do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, duas pacientes possuíam o Ensino Superior Completo (ESC), dois com o Ensino Médio Completo (EMC), quatro com Ensino Fundamental Completo (EFC) e quatro possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (EFI).

Quanto ao motivo da internação, a maioria das pessoas possuía doenças relacionadas ao aparelho digestivo, tais como câncer hepático e gástrico, transplante hepático em estágio tardio, coledocolitíase, colelitíase e pancreatite. Os demais apresentaram os motivos de internação relacionados a tumor pulmonar, obesidade mórbida; reconstrução mamária após mastectomia, litíase renal e hiperplasia prostática benigna.

Após análise dos dados emergiram as seguintes categorias: **membros da família: quem são estas pessoas? O cotidiano da família e o cotidiano da família no hospital.**

- Membros da família: quem são estas pessoas?

A composição da família relatada envolve os pais, os filhos, todos os irmãos, os sobrinhos, os netos, caracterizando os laços de sangue e legais. Muitas vezes verbalizaram que a sua família é tão extensa e grande, ficando até difícil enumerar.

Sou viúva há alguns anos. Fiquei com seis filhos, noras, genro, onze netos e já tenho um bisneto (F11 - Petúnia).

Minha família é grande [...]. No total somos em 18, entre irmãos e filhos. Temos os pais vivos [...]. Meu marido e tenho duas filhas (F2 - Camélia).

Encontramos também aqueles que consideram como membros da família os que possuem laços consanguíneos e **as pessoas que fazem parte de suas relações durante a história de vida e que estão junto durante a internação hospitalar**, tais como os amigos.

Eu não tenho filhos, não casei, mas tenho uma família enorme [...]. Essas minhas amigas todas fazem parte da minha família [...]. Mas eu também tenho meus irmãos que são preciosos. Minha sobrinha que mais me acompanha, ela é como uma filha, pois quando a minha irmã faleceu, eu me considerei como mãe dela (F3 - Hibisco).

Quando faço amizade já faz parte da família (F9 - Amor Perfeito).

As famílias, por morarem perto, se relacionam frequentemente, compartilhando os momentos que vivenciam no dia a dia e se consideram como membros integrantes. Outras, pela **distância geográfica**, acabam não tendo como **compartilhar as atividades e experiências**, considerando-se **uma família pequena** e incluindo outros membros, tais como animais.

Moramos todos perto, a vó mora com os tios e eu moro no mesmo lote com meu marido e filho. Sempre estamos cuidando um do outro, somos uma família bem unida (F9 - Amor Perfeito).

Nós moramos há uns trinta anos aqui em

Florianópolis e a família ficou um pouco afastada. A família dele é do nordeste e a minha é da serra. Somos apenas nós dois e o cachorro (F10 - Hortência).

Nesta perspectiva, apareceram relatos de **como é a interação** entre os membros da família, que para muitos se apresenta positiva e outros acabam verbalizando a difícil convivência familiar. **É enfatizada a união entre os membros da família, assim como os laços de afetividade que se estabelecem ao longo da história de vida familiar como forma positiva. Assim, o cuidado também passa a definir quem é membro da família e como é esta família.** Por outro lado, as mágoas relacionadas à convivência do dia a dia, faz com que as pessoas sintam-se incomodadas com a situação vivenciada.

Somos uma família bem unida (F9 - Amor Perfeito).

Moramos todos perto sou muito paparicada pelos meus filhos, mas tenho a minha independência (F11 - Petúnia).

Ele vive perguntando aonde eu vou e com quem, mas ele nem dá satisfação do que faz. Ontem ele estava falando no “whatsApp” com uma amiga que ele dança no domingo à tarde... Para ela ele dizia que estava tudo bem e quando eu chego só reclama, dizendo que está sofrendo [...] (F8 - Azaleia).

- O cotidiano da família

Ao investigar sobre **como é o dia a dia da família**, surgiu a categoria o **quotidiano da família**, envolvendo o **cuidar de si** com atividades físicas diárias, **estar junto** com a família, viagens e outras **atividades** que fortalecem os laços de afetividade e convivência entre as pessoas da família.

À noite faço caminhadas junto com o marido, pois venho de uma família de obesos mórbidos, então eu preciso sempre estar cuidando (F4 - Copo de Leite).

Nas quintas-feiras vou à aula para

cuidadores de idosos [...]. E assim vou levando a vida, cheia de atividades, mas isso é importante [...] Porque ficar só em casa não consigo (F5 - Dália).

Quando meus filhos vêm na minha casa, é muito bom porque fica tudo mais alegre. O neto é uma alegria pra gente [...]. É uma pena que eles não têm muito tempo para trazer ele na minha casa (F8 - Azaleia).

Gostamos muito de viajar [...]. Já viajamos para vários locais do Brasil e alguns países (F10 - Hortência).

Outros, por sua vez, atribuem à **correria da dia a dia como forma de sentir-se útil enquanto pessoa**. Essa **correria ou ritmo de vida** é atribuído quando o **tempo** é curto para todas as **atividades da casa, do trabalho e com a família**, mas que sempre fizeram parte da vida dos membros da família.

Ele trabalhou até não aguentar mais [...] Até o médico dizer que ele deveria internar com urgência para fazer a cirurgia de encaixe [...] Senão, estaria trabalhando ainda [...] (F4 - Copo de Leite).

Faz tempo que eu não sei o que é passear [...]. Quando meu marido ficou doente, ficou mais difícil, porque tinha que acompanhar ele nos médicos e todos os exames, até descobrir o que tinha e internar [...] (F8 - Azaleia).

São as rotinas de casa e junto com as filhas, estimulando nas aulas e para estudar. Levo-a nos médicos e exames. Após receber a aposentadoria, que recebo do marido que já morreu, pago todas as contas (F5 - Dália).

E eu trabalho durante o dia, faço faculdade à noite e ainda com filho e marido (F9 - Amor Perfeito).

- O cotidiano da família no hospital

Ao abordar o **quotidiano da família no hospital**, encontramos aspectos relacionados ao **estar acompanhando** como uma forma positiva no sentido da necessidade de **estar presente** durante a hospitalização, embora o mundo continue da mesma forma lá fora, acrescentando a doença e a internação como atividade da família.

Estou acompanhando minha irmã desde que iniciou o tratamento para o câncer de mama, pois não dá para deixar sozinha, já que eu tenho tempo (F2 - Camélia).

Estar aqui pensando que ficou tudo na responsabilidade do outro filho [...]. Mas ver ele bem é o que importa no momento (F12 - Agapanto).

Sei que em casa não ia dar pra ficar [...]. Tem horas que tudo fica difícil, ainda mais que o problema dela é bem sério [...]. (F1 - Margarida).

No dia a dia do hospital vem a **saudade de casa** e o **desconforto** para a família permanecer junto durante a internação, pois a estrutura física não responde as necessidades das pessoas que acompanham. Mas, mesmo assim, relatam não ser possível ficar longe de seus familiares, pois a preocupação acaba intensificando mais quando está fora do ambiente hospitalar.

Tem horas que está bom, mas tem horas que dá uma saudade de casa (F1 - Margarida).

A gente sofre porque não tem o mesmo conforto de casa [...] Mas se ficar em casa fica muito mais difícil [...] Fico preocupada com ele (F6 - Rosa Vermelha).

No hospital, o **tempo** demora mais a passar, as pessoas entram e saem do quarto e as famílias ficam na **espera por alguma notícia** da data e horário da cirurgia, de uma resposta positiva sobre o estado de saúde, enfim, esperam uma palavra dos profissionais de saúde para acalantar as angústias durante o período de internação.

As pessoas entram no quarto, conversam,

mas logo vão fazer as suas coisas e ficamos sozinhas [...]. Não é fácil ficar aqui dentro do hospital, parece que o tempo não passa (F1 Margarida).

Logo que internou, conseguiu vaga aqui nesta cama [...] E agora está aguardando um encaixe para cirurgia (F11 - Petúnia).

Várias são as **estratégias** utilizadas pelos membros da família para minimizar a angústia, a preocupação e passar o tempo, tais como a leitura de livros, as conversas com outras pessoas internadas, acompanhantes, profissionais, assim ficam atentos aos movimentos nas unidades de internação. Há também aqueles que passam a ajudar as outras pessoas internadas, principalmente as pessoas que não têm um familiar junto.

Tive que trazer livros para ler para passar o tempo (F4 - Copo de Leite).

Vou conversando com os outros pacientes que estão internados, mas chega uma hora que cansa muito. Cada dia que passa parece uma eternidade [...]. Agora ela se cuida bem. Está até ajudando a olhar a moça do lado [...] (F11 Petúnia).

As pessoas internadas, por sua vez, tentam preservar os membros da família de **estar junto** durante a internação, pois acreditam que o **ficar no hospital irá atrapalhar nas atividades desenvolvidas no dia a dia.**

Agora é uma cirurgia com pouco tempo de internação e achei melhor eles continuarem as atividades. A minha irmã fica bastante comigo [...] Mas eu poderia ficar sozinha, eu digo pro meu marido e as filhas que eles têm que continuar com o trabalho e os estudos (F2 - Camélia).

Ela vive me mandando embora, mas eu sei o quanto é importante estar aqui com ela (F9 - Amor Perfeito).

Mesmo diante das atividades do dia a dia, os membros da família

tentam se **organizar para ficar junto** durante a internação no hospital, através do rodízio entre as pessoas, da organização prévia das atividades fora do hospital e até mudança de cidade para facilitar o acompanhamento durante o tratamento.

Nós que somos amigas estamos nos organizando para ficar com ela no hospital [...]. Fizemos rodízio para não cansar as pessoas [...]. Tento deixar tudo organizado para ficar aqui mais tranquila com ela, sem pensar no que ficou por fazer (F3 - Hibisco).

Futuramente vamos vir morar aqui, estamos aguardando a aposentadoria (F4 - Copo de Leite).

Minha filha queria ficar com ele aqui, mas eu falei pra ela que não adiantaria, pois quem cuidaria do Café e dos filhos [...]. Então, assim está melhor ficando aqui [...] (F6 - Rosa Vermelha).

Diante de tantas atividades do dia a dia, a hospitalização também aparece como uma forma negativa, já que há o entendimento de **ter que acompanhar**, sendo vista como uma obrigação imposta pela instituição hospitalar e não uma vontade dos membros da família, ou seja, a lógica do dever ser para o ser preciso.

A impressão que eu tenho que eles fazem questão do acompanhante parece que se a gente não fica ele está abandonado. Ajuda para ver se o soro acabou, a ir ao banheiro [...] (F8 - Azaleia).

Porque tenho que dividir entre os problemas lá fora e acompanhar ele no hospital [...]. Mas tendo saúde, dá tudo certo [...]. Às vezes tenho que sair daqui às pressas para resolver os problemas lá fora e nem sempre consigo resolver, porque tem coisas que só ele sabe resolver [...]. Mas vamos seguindo em frente (F10 - Hortência).

A família também aponta para a grande circulação de pessoas no

quarto, quando acontece um **ir e vir contínuo**. Acrescenta-se a isso as dificuldades para estabelecer um diálogo efetivo com a família, já que a entrada é tão rápida para as atividades pertinentes a cada profissional, não dedicando tempo para dar atenção e estabelecer uma interação com as famílias. As pessoas que estão fazendo parte do ambiente hospitalar por um tempo determinado que, neste caso, são os membros da família, acabam observando esse movimento do ir e vir dos profissionais, sentindo falta do estar junto para estabelecer as interações que tanto esperam dos profissionais de saúde.

DISCUSSÕES

A família, enquanto unidade pode ser constituída por seres humanos e outros seres vivos. Deste modo, a família pode se mostrar em modelos diversificados, dependendo de como se consideram. Estudos apontam que a constituição familiar está para além da consanguinidade e da moradia, sendo “uma rede de relações sócias afetivas complexas que entrelaçam a vida das pessoas” (ELSEN et al., 2016, p. 450).

Fundamentados na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, podemos considerar a família como um grupo social, ou seja, famílias são “grupos imediatos ou pequenas coletividades” (MAFFESOLI, 2012, p. 54). Famílias também podem ser consideradas tribos, como já referiu Nitschke (1999) sendo reafirmado, mais recentemente, por Passos (2015) ao desenvolver pesquisa também junto às famílias em situação de hospitalização com familiar dependente de autocuidado. Deste modo, os **membros da família** se aproximam por meio de laços de afetividade, possuem um “sistema de crenças próprio, estruturas psíquicas singulares e vivenciam um mundo sob óticas muito particulares” (ELSEN et al., 2016, p. 450).

O entendimento de família encontrado nesta pesquisa é diversificado, pois ao questionar sobre quem faz parte da família, obtivemos respostas relacionadas à família nuclear e outras a família ampliada distanciados geograficamente, aproximados em eventos especiais e ainda a inclusão de animais como membros dessa família. A família nuclear envolve os pais e filhos, não deixando de lado as relações com a família de origem, embora distante. Já a família ampliada ou extensiva que são acrescentados àquelas pessoas que possuem laços de consanguinidade, afetivos e/ou de aproximação, que estão sempre em contato e presentes nos momentos que os membros necessitam que neste caso seja a internação (MOTTA et al., 2011).

Assim, **o ser família e fazer parte da família** definem-se pela

proxemia – sentimento de pertença, que segundo Maffesoli, caracteriza-se como uma relação pautada pela proximidade, podendo ser tanto geográfica, quanto afetiva. A *ética da estética*, ou seja, o sentir junto, também passa a dar credenciais para ser considerado **membro da família**.

As famílias estudadas reafirmam sua multidimensionalidade e complexidade, reafirmado o que Delaney (1986) já indicava há algumas décadas, ou seja, transitam por várias dimensões, dentre elas: uma dimensão biológica (laços de sangue), dimensão legal (laços como casamento, adoção, entre outros), dimensão psicológica (quem é considerado família); dimensão social (quem convive). Estas dimensões se entrelaçam, articulando-se, num tecido conjunto que denota a complexidade do viver, resgatando Morin (1998) quando se refere à complexidade como tudo aquilo que é tecido em conjunto (MORIN, 1998; DELANEY, 1986).

Enfim, o **cuidado, sendo um processo interativo**, também passa a definir **quem é membro da família e como é esta família**, resgatando que *família é quem cuida* (NITSCHKE, 1999).

Nesta perspectiva, reportamos à internação de um de seus membros, que gera transtornos no **quotidiano da família**. O ritmo de vida, permeado entre as atividades do trabalho, de casa, da família e do lazer é intenso para as famílias, que, segundo Tholl, é pelo ritmo de vida que construímos “[...] a nossa maneira de viver, ao longo de nosso ciclo vital, sendo influenciada pelas necessidades e/ou desejos que emergem na contemporaneidade dos seres humanos” (THOLL, 2015, p. 117).

Os fatores associados ao tempo e ao ritmo de trabalho são destacados para a determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, o que influencia diretamente nas relações entre os membros da família. Jornadas de trabalho longas, com pequenas pausas destinadas ao descanso, lazer e a convivência com as pessoas que possuímos laços de afetividade, marcam a história de vida das famílias (MICHELIN, 2014).

Assim, também o surgimento da doença e da hospitalização pode levar a instabilidade familiar, marcado por um “redirecionamento do modo de ser-no-mundo”. A família começa a ver a vida com enfoque diferenciado, já que passa a fazer parte de outro mundo que é o hospitalar. Acrescido a isto vem a necessidade do cuidado profissional e, muitas vezes, a família precisa “abrir mão do cuidado familiar” (MOTTA et al., 2011, p. 74).

O cuidado familiar é indispensável para cada pessoa que faz parte da família, já que é por meio dele que são concretizadas as “ações e interações presentes na vida de cada grupo”, que objetiva o

“crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social” (ELSEN, 2004, p. 23). É fundamental que os profissionais de saúde considerem que a família necessita ser cuidada assim como possui necessidade de manter o cuidado familiar durante a internação de um de seus membros.

Diante disso, sabemos que a reação das famílias diante da hospitalização de um de seus membros apresenta-se diversificada, quando poderá emergir os mais diversos sentimentos inerentes ao **quotidiano hospitalar**, com toda a sua teatralidade, pois há a modificação das atividades desenvolvidas pelos membros da família com a necessidade e efetivação da internação, sendo preciso desempenhar outros papéis usando outras máscaras no sentido de proteção. As famílias passam a acrescentar atividades que, até então, não faziam parte do seu dia a dia, não deixando de lado todas as preocupações financeiras, do trabalho, da organização familiar e dos aspectos relacionados à doença de seu familiar internado (PASSOS; PEREIRA; NITSCHKE, 2015; MOTTA et al., 2011; GUIMARÃES; MONTICELLI, 2011; HENCKEMAIER, 2004).

Neste sentido, a família que vivencia a hospitalização se depara com um mundo diferente do conhecido até então. São mundos marcados por diferenças culturais que, segundo Maffesoli, caracterizam tribos que se relacionam frente a um emergir de relações. Nestes mundos repletos de diversidades, é preciso estar atentos para que não seja construído o chamado “fosso intransponível”, quando há o distanciamento entre culturas profissional e familiar (MAFFESOLI, 2010, p. 240).

A família durante o processo de hospitalização fica envolvida em um mundo diferente, onde há o “jogo da teatralidade do cotidiano” do que é instituído pelos profissionais e aquilo que é pertencente aos valores, crenças e hábitos familiares. É um encontro de culturas, mostrando-se, em muitos momentos, em conflito! As regras instituídas no ambiente hospitalar e que “devem ser” cumpridas durante a permanência na instituição, impõe as famílias uma lógica inevitável do “dever ser” que Maffesoli, pautado em Durkheim, define como a maneira que as pessoas estão na instituição transitando entre a “solidariedade orgânica” para uma “solidariedade mecânica”, instituindo a maneira de pensar e a maneira de agir na instituição (MAFFESOLI, 2004, p. 15).

Assim, cabe pensar, o quanto esta “*lógica do dever ser*” contribui para a Segurança do Paciente? Talvez o caminho para construir uma efetiva Cultura da Segurança seja pelas vias “*da lógica do ser preciso e do afeto*”, pois expressa o que realmente é necessário e efetivamente

toca as pessoas, sobre os fundamentos sólidos da sensível “solidariedade orgânica”, ou, seja, pautada no querer estar junto, genuíno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciamos no decorrer deste estudo, ter uma aproximação dos modos de vida da família durante a internação de um de seus membros. Foi resgatada a compreensão de quem faz parte destas famílias, desde pais e filhos até parentes mais distantes, amigos que também são considerados como membros da família. A distância entre a família de origem permite a entrada de outros seres, humanos ou não, como é o caso dos animais a serem considerados como membros das famílias.

Ao compreender o cotidiano destas famílias, expresso no dia a dia e nas atividades que cada um é responsável por desenvolver, aproximou-nos das inquietações vivenciadas durante a internação hospitalar. A internação acontece como um evento a mais na vida dos membros da família, marcada pelo diagnóstico de um problema de saúde quando o cuidado familiar não é mais suficiente, passando a fazer parte de outro mundo, que é o hospital. Este, por sua vez, pode ser percebido como um ambiente frio, com normas e rotinas específicas estabelecidas pelo institucional, que podem causar estranhamento para os membros da família.

Neste momento, muitas vezes a família não tem espaço para *estar junto* como forma de *estar presente* em todos os momentos, objetivando estabelecer um elo entre os profissionais e a pessoa que está internada. Mas, sabe-se que não é fácil para a família *estar junto*, haja vista o acréscimo de atividades que a internação resulta, sendo necessária a organização familiar como forma de conciliar o seu dia a dia fora e dentro do hospital. Nessa visão de sistema social, a família busca se fortalecer diante das adversidades ao longo de sua história de vida.

Vale ressaltar, o preparo dos profissionais de saúde para receber esta família diante de tantas inquietações, dúvidas e sentimentos que perpassam durante este período. Ações relacionadas ao *dar atenção*, sem as exigências do *dever ser*; pelas vias do *ser preciso* podem amenizar este *ir e vir mecânico*, desatento ao outro apontado pelas famílias, quando os profissionais não param para tentar estabelecer a interação e comunicação tão necessárias para o momento vivenciado pela família. Se o ser família é quem cuida, como podemos deixar a família exilada da garantia de um cuidado seguro e do processo de construção de uma cultura de segurança? Se precisarmos ter a família como parceira nesta garantia de um cuidado seguro é preciso nos aproximar da família, mas

como fazer isto sem compreender seu modo de vida, como são suas interações, quais suas crenças e seus valores?

Afinal, o que acontece com ela durante a hospitalização? Consideramos fundamental compreender o cotidiano das famílias que vivenciam a hospitalização, sua maneira de viver o dia a dia, como se dão suas interações, crenças, valores, o que lhe é significativo e quais significados atribuem aos eventos que integram o período da hospitalização, visto que envolve seu movimento de ser saudável, adoecer, de se reabilitar. Afinal, se *maneiras de viver nos ensinam maneiras de cuidar, sintonizadas na realidade das famílias, sendo, assim, o cuidado afetivo, aquele que toca, que comunica, que afeta o outro, pode ser efetivo*, portanto, podendo colaborar para o cuidado seguro a construção de uma Cultura de Segurança.

REFERÊNCIAS

ATLAS.ti7 WHAT'S NEW. Disponível em:
http://www.atlasti.com/uploads/media/WhatsNew_a7_01.pdf. Acesso:
 27 de maio de 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Brasília, DF, 2013. Disponível em Acesso em: 01 mar. 2014.

DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CRISTENSEN, P.J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models.** St. Louis: C.V. Mosby, 1986, p. 87-99.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2. ed, Maringá: UEM, 2004, p. 19-28.

ELSEN, I. et al. A imagem da enfermagem com famílias: um encontro com a realidade brasileira. In: ELSEN, I. et al. **Enfermagem com**

famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa-Livro, 2016, p. 449-471.

FREITAS, J. S. et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-460, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf. Acesso em: 27 jun. 2016.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. Acolhimento das famílias recém-nascidas pré-termos pela equipe de saúde em unidades de neonatologia. In: ELSÉN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011, p. 55-64.

HENCKEMAIER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e a interface com a sua doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 357-368.

MAFFESOLI, M. **Notas sobre a pós-modernidade: o lugar faz o elo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Copyright, 2004, 115p.

_____. **O conhecimento comum** – introdução à sociologia compreensiva. [Tradução: Aluísio Ramos Trinta]. Porto Alegre: Sulina, 2010, 295p.

_____. **O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade**. [Tradução: Teresa Dias Carneiro]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, 114p.

_____. **Quem é Michel Maffesoli: entrevistas com Christophe Bourseille**. [Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira]. 1. ed. Petrópolis: De Petrus et alii, 2011, 104p.

MICHELIN, S. R. **Potências e limites para a promoção da saúde no cotidiano dos trabalhadores de um centro de saúde**. 2014. 244f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MORIN, E. **O método: 4 - as ideias, habitat, vida, costumes, organização**. Porto alegre: Sulina, 1998, 288p.

MOTTA, M. da G. C. da; et al. Famílias de crianças e adolescentes no mundo do hospital. In: ELSSEN, I.; SOUZA, A. I. J. de; MARCON, S. S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas.** Maringá: Eduem, 2011, p. 73-85.

MOTTA, M. G. C. et al. Cuidado às famílias de crianças/adolescentes hospitalizados: avanços e desafios da enfermagem. In: ELSSEN, I. et al. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros.** Florianópolis: Papa-Livro, 2016, p. 82-101.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho.** 1999. 199 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1999.

_____. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciêñ Cuidado Saúde**, v. 6 (supl 1), p. 24-26, 2007.

NOBREGA, J. F. et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p. 373-376, abr./jun. 2012. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v17n2/v17n2a25.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

PASSOS, S. S. S. **Quotidiano de familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas com dependência para o autocuidado.** 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

PASSOS, S. S. S.; PEREIRA, A.; NITSCHKE, R. G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 6, p. 539-545, 2015. Disponível em www.redalyc.org/pdf/3070/307043975008.pdf. Acesso em: 27 abri. 2016.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research: strategies for a Natural Sociology.** New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

THOLL, A. D. **O cotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias: potências e limites na adesão à reabilitação**

para a promoção da saúde. 2015. 250f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. v1. Final Technical Report and Technical Annexes. 2009. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>. Acesso em: 28 jun. 2015.

5.3 MANUSCRITO 4 – O IMAGINÁRIO DA FAMÍLIA ACERCA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NUM ENCONTRO COM O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO

O imaginário da família acerca da segurança do paciente num encontro com o cotidiano da hospitalização

The family's imaginary about patient safety in an encounter with the daily life of hospitalization

El imaginario de la familia acerca de la seguridad del paciente viviendo la rutina diaria de una hospitalización

**Luizita Henckemaier⁷
Rosane Gonçalves Nitschke⁸**

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, embasada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, tendo como objetivo compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização. A coleta de dados foi contemplada por meio de entrevista semiestruturada e a observação com 12 famílias em duas unidades de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do sul do país, no período de março a maio de 2016. Para organização e agrupamento dos dados utilizou-se *software* Atlas.ti[®]. A análise de dados, seguindo, Shatzmann e Strauss, envolveu: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização. As categorias temáticas foram: O significado da segurança do paciente e do cuidado seguro; Experiências anteriores acerca da segurança do paciente; A família como partícipe da segurança do paciente; Equipe de saúde

⁷ Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Universitário (HU/UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAM-SC), do PEN/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: luizitahe@gmail.com Correspondência: Luizita Henckemaier. Rua Prefeito Dib Cherem, 2881, 302, Capoeiras. CEP 88.090-000 - Florianópolis, SC, Brasil.

⁸ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Doutora em Filosofia de Enfermagem pela UFSC/ SORBONNE/Paris V. Líder do NUPEQUISFAM-SC. Coordenadora do Projeto Ninho.

preparada para o cuidado seguro; Limites para a Segurança do Paciente; Potências para a Segurança do Paciente. Os resultados apontam para a satisfação das famílias com o cuidado profissional presente na instituição hospitalar, resgatando a importância de ter conseguido uma vaga em um hospital bem qualificado. Por outro lado, percebem falhas na comunicação entre os profissionais e a família, relacionados, principalmente, às incertezas do diagnóstico médico, aos procedimentos realizados, bem como à abertura de espaço para a família se manifestar. Conclui-se que a família está atenta a todos os movimentos que acontecem no hospital, desde os mais complexos aos mais simples, apontando as potências e os limites para a segurança do paciente que ocorrem no cotidiano da hospitalização. Destaca-se, assim, a relevância do imaginário neste processo que envolve a Segurança do Paciente, especialmente, no que se refere à construção de uma Cultura de Segurança, considerando que as pessoas agem de acordo com os significados que os eventos têm para elas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Família. Enfermagem. Atividades cotidianas. Imaginário. Hospitalização.

ABSTRACT: This is a field research with a qualitative approach, exploratory and descriptive, based on the Comprehensive Sociology and Lifestyle Michel Maffesoli, aiming to understand the imagery of patient safety and care insurance from the perspective of families experience the daily hospitalization. Data collection was awarded through semi-structured interviews and observation. For the organization and grouping of data was used Atlas.ti © software. Data analysis, tracking, Shatzmann and Strauss, involved: preliminary analysis, ordering, key links, coding and categorizing. The themes were: The meaning of patient safety and care insurance; Previous experiences about patient safety; The family as a participant of patient safety; health team prepared for safe care; Limits for Patient Safety; Powers for Patient Safety. The results point to the satisfaction of families with professional care in this hospital, recovering the importance of having achieved a place in a well-qualified hospital. On the other hand, they realize miscommunication between professionals and family, related mainly to the uncertainties of medical diagnosis, the procedures performed, as well as the opening of space for the family to speak. We conclude that the family is aware of all the movements that occur in the hospital, from the most complex to the simplest, pointing out the powers and limits for patient safety that occur in the hospital everyday. It is noteworthy, therefore, the relevance of the imaginary this process involving patient

safety, especially with regard to the construction of a safety culture, whereas those acting in accordance with the meaning that the events have to them.

Keywords: Patient safety. Family. Nursing. Activities of daily living. Imaginary. Hospitalization.

RESUMEM: Se trata de una investigación de campo con un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en la Sociología Comprensiva y de la Vida Cotidiana de Michel Maffesoli, con el objetivo de comprender el imaginario de la seguridad del paciente y del cuidado seguro desde la perspectiva de las familias viviendo la experiencia de la rutina diaria de la hospitalización. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y observación. Para la organización y agrupación de los datos se utilizó el *software* Atlas.ti ©. El análisis de datos, basado en Shatzmann y Strauss, ha incluido: análisis preliminar, ordenamiento, enlaces clave, codificación y categorización. Los temas fueron: el significado de la seguridad del paciente y del cuidado seguro; las experiencias previas sobre la seguridad del paciente; la familia como participante de la seguridad del paciente; equipo de salud preparado para una atención segura; límites para la seguridad del paciente; potencias para la seguridad del paciente. Los resultados apuntan a la satisfacción de las familias con la atención profesional en el hospital, valorando la importancia de la obtención de una internación en un hospital altamente calificado. Por otro lado, se dan cuenta de la falta de comunicación entre los profesionales y familiares, relacionados principalmente a las incertidumbres de diagnóstico médico, los procedimientos realizados, así como el derecho y libertad para la familia hablar. Llegamos a la conclusión de que la familia está al tanto de todos los movimientos que se producen en el hospital, desde los más complejos a los más sencillos, señalando las potencias y límites para la seguridad del paciente que se producen en la rutina diaria de la hospitalización. Es de destacar, por lo tanto, la relevancia del imaginario en este proceso que implica la seguridad del paciente, especialmente con respecto a la construcción de una cultura de seguridad, teniendo en cuenta que las personas actúan de acuerdo con el significado de que los eventos tienen a ellos.

Palabras-Clave: Seguridad del paciente. Familia. Enfermería. Actividades cotidianas. Imaginario. Hospitalización.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente relacionada aos cuidados em saúde tem sido uma preocupação na esfera mundial, decorrente de eventos, considerados adversos, que ocorreram e continuam acontecendo no cotidiano das instituições de saúde.

A Segurança do Paciente é entendida como o estabelecimento de estratégias que possam garantir a integridade das pessoas e suas famílias que internam ou são atendidas nas instituições para tratar problemas relacionados à saúde. Entretanto, é preciso estar atentos, pois neste período de hospitalização outros danos podem vir a acontecer decorrentes de falhas nos processos assistenciais, podendo prolongar o tempo de permanência na instituição.

No cotidiano, é comum a associação dos eventos adversos à qualidade profissional das pessoas que atuam nas instituições de saúde. O fato é que em sua maioria, não há a intenção, por parte dos profissionais, de prejudicar as pessoas através dos erros relacionados aos cuidados em saúde. Sabe-se que inúmeros eventos que acometem as pessoas internadas envolvem profissionais competentes e capacitados para tal atividade, que trabalham em sistemas caóticos que não priorizam a segurança dos pacientes em seus processos de trabalho (WACHTER, 2013; ZAHFER, 2015).

A mídia, no seu dia a dia, divulga imagens sobre casos que resultaram em danos graves às pessoas, identificando sempre os culpados no processo assistencial, o que fortalece a cultura punitiva relacionada à Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

As pessoas da família que necessitam de cuidados em saúde e que passam a fazer parte do ambiente hospitalar trazem essas informações e imagens divulgadas pela mídia, no dia a dia que passam a integrar o imaginário das famílias, construindo uma cultura que influencia no sentimento de insegurança, quando é preciso de cuidados profissionais de saúde, podendo haver desconfortos entre os membros das famílias em seu cotidiano. Entende-se o cotidiano como “a maneira de viver dos seres humanos que se mostram no dia-a-dia, através de suas interações, crenças, valores, significados, imagens, cultura, símbolos, que vai delineando seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p. 24).

Segundo Maffesoli (1995, p. 137), nesta contemporaneidade, denominada de pós-modernidade, vivemos a sociedade da imagem, pois está presente em todos os espaços em que as pessoas se relacionam, “não há nenhum aspecto da vida social que não esteja contaminado pela

imagem”. Nitschke (1999, p. 14) chama nossa atenção referindo que “as imagens fazem parte de nossa vida de todo o dia, assim como a saúde, seja como um elemento concreto seja como algo simbólico que existe”, compreendendo imagem como “qualquer coisa e evento que se apresenta aos nossos olhos através de figuras, de formas, de cores. Contudo, tudo isto também pode se apresentar de uma maneira abstrata, ‘ancoradas’ no nosso imaginário”. Entendendo-se o **imaginário** como um “mundo de significados, de ideias, de fantasias, de evocação de figuras já percebidas ou não percebidas, de crenças, de valores, onde o ser humano está mergulhado. Enfim, o imaginário, é um mundo de significados, que são incorporados a imagens” (NITSCHKE, 1999, p. 46).

Maffesoli (1995, p. 89) defende a noção de **mundo imaginal** para “todo este conjunto feito de imagens, de imaginações, símbolos, e imaginário, no qual a vida social é moldada”. Neste sentido, Nitschke, (1999, p. 47) nos alerta: “se o viver aí se molda o ser saudável também aí se ancora. Este mundo imaginal também é referência para as interações que envolvem a saúde das famílias e para o seu ser saudável”.

No cotidiano da hospitalização, um dos fatores para compreensão do “mundo imaginal” da família é a busca dos significados da internação hospitalar e tudo envolve, principalmente, as interações das pessoas que vivenciam esta situação. Assim, o profissional de saúde pode atuar de forma legítima considerando estas noções que compõem o imaginário, para auxiliar na garantia do cuidado seguro a serem prestadas as pessoas e suas famílias durante a hospitalização.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza e incentiva o envolvimento das pessoas na sua segurança. É defendido que a melhoria dos cuidados em saúde, está atrelada ao envolvimento e inclusão das pessoas internadas e a família de que faz parte como parceiros nos esforços para a prevenção da ocorrência de danos à saúde (BRASIL, 2013).

Todavia, há uma **precariedade nas instituições de saúde relacionadas ao envolvimento das famílias na Segurança do Paciente**. Muitas vezes os profissionais de saúde não possuem o preparo para conseguir trabalhar, pensando que o paciente, ou seja, a pessoa hospitalizada e as famílias são os principais responsáveis e podem ser partícipes no cuidado em saúde de forma segura (BRASIL, 2013; WACHTER, 2013).

Vê-se assim o imaginário neste processo que envolve a Segurança do Paciente, especialmente, no que se refere à construção de uma Cultura de segurança, considerando que as pessoas agem de acordo

com os significados que os eventos têm para elas.

Sendo assim, tem-se como objetivo **compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização.**

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa caracterizada como de campo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, fundamentada nas noções e os pressupostos teóricos da sensibilidade da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano sob o olhar de Michel Maffesoli. Participaram do estudo doze famílias que estavam passando pela internação hospitalar de um de seus membros para procedimento cirúrgico em duas unidades de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do sul do país. Para a coleta de dados, utilizou-se a observação e a entrevista semiestruturada, destacando-se para contemplar o objetivo deste estudo as questões norteadoras: Qual o significado de Segurança do Paciente para você? No que consiste Cuidado de Saúde Seguro para você? Quais potências ou pontos fortes que você vê na Segurança do Paciente dentro do hospital? Quais os limites ou dificuldades que você vê na Segurança do Paciente dentro do hospital? A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2016, respeitando os procedimentos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa através do nº 1.466.614.

As doze famílias foram selecionadas, a partir do atendimento dos critérios: considerarem-se uma família, estando com um de seus membros internados no período de realização desta pesquisa, apresentando condições de lucidez e orientação para interagir com a pesquisadora; serem maiores de 18 anos e residentes nos municípios da Grande Florianópolis. Buscando a garantia do sigilo e do anonimato dos entrevistados, foi oferecido um *álbum de famílias de flores*, construído a partir do jardim pertencente à família da própria pesquisadora. Após a visualização de todo o álbum, as pessoas selecionaram as flores que representassem a sua família, passando a ser seu codinome para identificação de cada família pela pesquisadora: Margarida, Camélia, Hibisco, Copo de Leite, Dália, Rosa Vermelha, Vitória Régia, Azaleia, Hortênsia, Amor Perfeito, Petúnia, Agapanto.

O registro dos dados deu-se por meio de memória recente, diário de campo, e gravação digital. Para compilação e organização dos dados

foi usado o *software* Atlas/Ti[®]. A análise dos dados seguiu o método proposto por Schatzman & Strauss (1973), envolvendo: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização.

RESULTADOS

Ao buscarmos compreender o imaginário sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização, vimos emergir as seguintes categorias: O significado da segurança do paciente e do cuidado seguro; Experiências anteriores acerca da segurança do paciente; A família como partícipe da segurança do paciente; Equipe de saúde preparada para o cuidado seguro; Limites para a Segurança do Paciente; Potências para a Segurança do Paciente. Estas categorias serão discutidas a seguir, após a apresentação de alguns aspectos sobre o perfil das famílias e familiares.

- Famílias e familiares em perfil

Participaram do estudo doze famílias que possuíam um de seus membros internados nas unidades cirúrgicas, sendo todas do sexo feminino, na faixa etária de 24 a 66 anos. Quanto ao grau de escolaridade, duas participantes possuíam o Ensino Superior Completo (ESC), uma o Ensino Superior Incompleto (ESI), cinco com o Ensino Médio Completo (EMC), dois com Ensino Fundamental Completo (EFC) e dois possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (EFI).

Já as pessoas internados estavam na faixa etária de 34 a 80 anos, sendo sete do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, duas pessoas possuíam o Ensino Superior Completo (ESC), dois com o Ensino Médio Completo (EMC), quatro com Ensino Fundamental Completo (EFC) e quatro possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (EFI).

Quanto ao motivo da internação, a maioria das pessoas possuía doenças relacionadas ao aparelho digestivo, tais como: três com câncer hepático e gástrico; um com transplante hepático em estágio tardio; três com coledocolitíase, colelitíase e pancreatite. Os demais apresentaram os motivos de internação relacionados a tumor pulmonar; obesidade mórbida; reconstrução mamária após mastectomia; litíase renal; e hiperplasia prostática benigna.

O significado da Segurança do Paciente e do Cuidado Seguro; No imaginário das famílias participantes do estudo, o **significado da segurança do paciente e do cuidado seguro, assume diferentes**

formas sendo apresentado como **o que é** ou **como a família entende a segurança de seu familiar internado na instituição hospitalar.**

É manter as pessoas com tudo o que precisam para melhorar. Segurança para o paciente tem que ser uma prioridade dentro do hospital (F1 - Margarida).

Segurança do Paciente é tudo [...], principalmente para o transplantado que possui a imunidade baixa e precisa de muita proteção (F3 - Hibisco).

Segurança do Paciente abrange a todos no hospital, em casa [...] (F5 - Dália).

Percebemos que as pessoas entendem que é **prioridade** manter o seu familiar livre de danos que possam acontecer durante este período. Da mesma forma, acreditam que o hospital vai ajudar no restabelecimento da saúde e não acrescentar uma **complicação** ou mais um agravante em sua condição saúde.

É muito importante internar, fazer todo o tratamento, fazer a cirurgia e ter a certeza que deu tudo certo. Não ocorreu nada de ruim neste tempo que ficou internado (F12 - Agapanto).

Quando estamos no hospital, tem muitos riscos que pode prejudicar ainda mais quem está internado [...] (F2 - Camélia).

Eu penso que a minha vó internou com um problema e precisa resolver este problema, não correndo o risco de ter outros no tempo que está aqui (F9 - Amor Perfeito).

Mas quando interna e acontecem outros problemas a mais do que já se tem, fica bem complicado porque pode aumentar o tempo de recuperação e correndo risco até de morrer [...] (F10 - Hortências).

Assim, o **significado da segurança do paciente e do cuidado seguro é: tudo; prioridade; prevenir complicações;** manter as pessoas

com tudo o que precisam para melhorar; resolver o problema pelo qual internou; não correr o risco de ter outros problemas de saúde que possam levar a um tempo maior de recuperação e até à morte durante o cotidiano da hospitalização; abranger a todos no hospital e em casa.

- Experiências anteriores acerca da Segurança do Paciente

As **experiências anteriores acerca da segurança do paciente** também surgem como categoria, pois as famílias trazem a bagagem vivenciada em outras instituições, que foram apontadas de forma negativa quando comparadas ao Hospital em que estão internadas.

Não foram poucas as experiências [...]. Passei por muitas dificuldades (F1 - Margarida).

Durante um ano ficamos nessa correria entre quimioterapia, a primeira cirurgia, novamente a quimioterapia e agora a reconstrução da mama. Há muito tempo tive Tuberculose e internei no [...], trouxeram um medicamento que não era para mim (F2 - Camélia).

Na época que meu esposo estava no hospital, quase foi dado um medicamento errado para ele e para outro do lado. Eu que falei que estava errado, e aí não aconteceu [...] (F5 - Dália).

Quando internamos tinha outro paciente com nome semelhante [...] Imagina se eles não fossem atentos (F4 - Copo de Leite).

Junto às experiências negativas referentes a outras instituições de saúde vem a influência da **mídia** sobre o conhecimento popular, sendo um espaço onde são veiculadas imagens e informações de erros que acontecem no Brasil e no mundo, muitas vezes, construindo imagens que trazem significados e sentimentos negativos às pessoas, refletidas através do medo e insegurança de fazer parte do ambiente hospitalar.

A gente ouve na televisão quanta coisa acontece de errado dentro do hospital (F10 -

Hortência).

A gente ouve falar de tanta coisa ruim que acontece com as pessoas que estão no hospital (F11 - Petúnia).

Deste modo, as experiências anteriores acerca da segurança do paciente envolvem: passar por muitas dificuldades; ficar um ano na correria entre quimioterapia e cirurgia; receber um medicamento errado; preocupar-se quando tem outra pessoa com nome semelhante; “ouvir” falar e na televisão coisas erradas e ruins que acontecem às pessoas dentro dos hospitais.

- A família como partícipe da segurança do paciente

Outra categoria evidenciada a partir do imaginário das famílias no cotidiano da hospitalização é a **família como partícipe da segurança do paciente e cuidado seguro**, sendo considerado tanto o paciente quanto sua **família como corresponsáveis** pela Segurança do Paciente durante todo o período que está na instituição hospitalar.

O próprio paciente e a família são responsáveis pela Segurança (F3 - Hibisco).

Temos que ter cuidado para que ela saia daqui bem (F11 - Petúnia).

Sempre fico preocupada com os medicamentos que são dados (F2 - Camélia)

Observar se o paciente vai afogar na alimentação ou quando recebe algum medicamento (F5 - Dália).

No **cuidado familiar**, o *estar junto* apareceu em todas as falas dos pesquisados. Acrescido a isto, relatam sempre estarem perguntando o que os profissionais estão fazendo ou pedindo alguma informação, assim como ajudam na mobilização, higiene e alimentação.

E eu junto, também faço a minha parte, ajudando ele para sair da cama, no banho, o acompanho nas caminhadas no corredor. Mas o que é mais importante é ficar ao lado dele (F4 - Copo de Leite).

Pergunto tudo o que estão fazendo com ela, apesar de confiar nos profissionais daqui de dentro. Mas também temos que fazer a nossa parte aqui dentro, além de ajudar a levantar com cuidado, acompanhar até o banheiro, na alimentação, sempre lavar as mãos e prestar atenção em tudo o que acontece com ela e avisar quando tem alguma coisa errada (F2 - Camélia).

Assim, **a família como partícipe da segurança do paciente** envolve: o próprio paciente e a família serem corresponsáveis pela Segurança; ter cuidado para que a pessoa internada saia bem do hospital; preocupar-se com os medicamentos que são dados; observar se o paciente vai afogar na alimentação ou quando recebe algum medicamento; é estar junto; ficar ao lado; é fazer sua parte; ajudar a sair da cama e no banho; acompanhar nas caminhadas no corredor; perguntar tudo que estão fazendo; sempre lavar as mãos; ficar atento a tudo que acontece, apesar de confiar nos profissionais; avisar quando tem alguma coisa errada.

- Equipe de saúde preparada para o cuidado seguro

As famílias, além de considerarem a importância de estar junto, relatam que o hospital, por ser da universidade, é considerado moderno e que possui uma **equipe de saúde preparada para o cuidado seguro**, priorizando a cultura de segurança. Foram unânimes os relatos de que os profissionais são atenciosos na maioria das vezes e informam o que estão fazendo com o seu familiar.

São muito profissionais no atendimento. A enfermagem são as rainhas da saúde, são muito humanas, preocupadas, perguntam se tem dor, são muito próximas do paciente (F4 - Copo de Leite).

Quase todos os profissionais são muito bons aqui [...] Eles procuram atender a gente com atenção, amenizam a dor forte, e muitas vezes com palavras de conforto amenizam muito a nossa ansiedade. Sempre que trazem os medicamentos já vão dizendo o que é,

para que serve [...] (F6 - Rosa Vermelha).

Uma das coisas que eu acho muito importante é como os profissionais falam com o paciente (F5 - Dália).

As famílias trazem nas experiências anteriores os insucessos do tratamento e até mesmo acham que o problema de saúde que está passando o seu familiar é muito complicado e não tem mais jeito, que é evidenciado quando encaminham para os hospitais de Florianópolis. Quando internam no hospital cenário do estudo, percebem que não são os únicos que possuem determinado problema de saúde e que o seu procedimento cirúrgico não é tão complicado como foi informado pelos profissionais da sua região.

Os profissionais diziam lá que o caso do meu marido era muito complicado e que lá não tinham recurso para tratar [...]. Aqui eles deixam a gente tranquila [...]. Tem tantos outros casos iguais [...]. Isso mostra que são bons profissionais [...]. (F4 - Copo de Leite).

Atendem sempre que precisa. Os funcionários sempre sabem o que estão fazendo, acho que é melhor por ser um hospital da Universidade. Os profissionais são muito bem preparados, sabem responder a tudo que a gente pergunta (F9 - Amor Perfeito).

Deste modo, as famílias emergem o imaginário a partir de seu vivido no cotidiano da hospitalização que uma **Equipe de saúde bem preparada para o cuidado seguro significa**: ser muito profissionais no atendimento; procurar atender com atenção; amenizar a dor forte, muitas vezes, com palavras de conforto, pois amenizam muito a ansiedade da família; sempre trazer os medicamentos já dizendo o que é e para que serve; como os profissionais falam com o paciente; deixar a família tranquila; atender sempre que for preciso; saber o que está fazendo; saber responder a tudo que a família pergunta; ser preocupado; perguntar se tem dor, ser muito próximas do paciente; ser muito humano. Para as famílias, uma equipe de saúde bem preparada é capaz de olhar pelo olhar do outro sem perder o seu próprio olhar, estando próximo e disponível nos momentos em que a família necessita de

cuidado.

- Limites e Potências para a Segurança do Paciente:

Do imaginário sobre a Segurança do Paciente e o Cuidado Seguro emerge a categoria **limites acerca da segurança do paciente, nos mostrando que** embora as pessoas entendam e valorizam a importância das orientações feitas pelos profissionais, bem como a qualidade dos mesmos, há aqueles que ficam perplexos ao perceber que o discurso destes profissionais nem sempre é a sua prática, ou permanecem em uma linguagem não acessível às pessoas internadas e suas famílias, aparecendo esta comunicação como **limites da segurança do paciente**.

Uma coisa que eu acho estranho é que descrevem um monte de cuidados que a gente tem que ter, mas, no entanto não seguem essa orientação aqui dentro do hospital [...]. Todos entram no quarto e percebo que a maioria não passa álcool nas mãos. Apesar de fazer quatro meses do transplante, ainda requer cuidados e a gente percebe que entra muita gente no quarto [...]. É claro que este é um hospital de ensino, mas poderiam evitar esse excesso de pessoas ao mesmo tempo no quarto. Isso deixa a gente um pouco insegura [...] (F3 - Hibisco).

A gente não sabe direito quem é o médico [...]. Passa o dia inteiro e o médico não aparece. Não tem quem dê alguma resposta de como ele está, o que vai fazer e o porquê. Muitas vezes ficamos sem resposta nenhuma [...]. Precisamos de uma resposta de como está o estado de saúde dele... Não falaram que ele vai para a lista de transplante... Eu vi na requisição da tomografia que era carcinoma [...]. De repente eu descubro que o meu marido está com câncer no papel de requisição do exame [...] (F8 - Azaleia).

Surge também, como o **cuidado profissional** nem sempre é tão seguro assim como todos os profissionais falam, pois as famílias sabem

quando há lacunas que não foram bem esclarecidas e que aconteceu algo de errado que ninguém comenta, ficando a família a mercê de falta de informação acerca do estado de saúde de seu familiar internado, sendo considerado também um **limite relacionado** à segurança **do paciente**, como mostra o relato abaixo.

Foi feito alguma coisa errada que deveria ser consertada... Deixei-o na emergência e fui em casa buscar as roupas para internar, quando voltei ele estava nas cadeiras tomando soro e o curativo dele estava que era só sangue [...]. Impossível que ninguém tinha visto isso [...]. Já estava com infecção e isso só faz piorar [...]. (F8 - Azaleia).

É muita informação vindo dos médicos e enfermeiros, que muitas vezes não entendo o que falam (F5 - Dália).

Outra limitação relatada pelas famílias foi a **demora** pelo diagnóstico médico e, por sua vez, a efetivação da cirurgia. As pessoas que internam para **procedimento cirúrgico**, esperando um encaixe no mapa cirúrgico, acabam iniciando o dia preparado e terminando com a cirurgia suspensa, refletindo no desânimo de todos os envolvidos no processo de internação, pois sabem que no dia seguinte começa tudo de novo.

Ficar numa cama e ficar ao lado esperando a cirurgia ou a alta para a páscoa não é fácil, porque o tumor continua ali (F1 - Margarida).

O tempo de espera para a cirurgia é uma das maiores dificuldades que sentimos aqui [...]. Quando chegamos no sábado fizeram vários exames, ultrassom, RX [...]. E agora estamos esperando ainda a cirurgia. Achei que no domingo já iriam fazer [...] (F6 - Rosa Vermelha).

Acho que a demora da cirurgia é muito difícil. Fico agoniada de estar aqui sem poder fazer nada (F11 - Petúnia).

O pior é o jejum que tenho que ficar.. E quando chega no final do dia eles vem dizer que está liberada a dieta, porque a cirurgia foi cancelada. O motivo sempre é o mesmo: “entrou uma urgência na frente [...]”. Paciente, tenho que esperar e suportar este desconto (F11 - Petúnia).

Um dos maiores limites apontados pelas famílias participantes da pesquisa foi **a comunicação entre os profissionais e a família**, apontando que, muitas vezes, os profissionais utilizam termos técnicos e não esclarecem o que significa, deixando uma lacuna entre as pessoas que estão precisando de informações, como mostram os relatos.

Senti muita dificuldade para conversar com os médicos, pois eles explicam da forma deles [...] A gente escuta, mas tem dificuldade de entender e perguntar sobre as dúvidas que tem (F4 - Copo de Leite).

Estou há 20 dias e agora que veio você para tirar minhas dúvidas e conversar [...] (F4 - Copo de Leite).

Embora algumas famílias relatem que os profissionais são preparados, atendem com atenção a todos que estão no hospital, outras acreditam que poderia ser bem melhor o tratamento dos profissionais, faltando inclusive a preparação das famílias para a cirurgia.

Poderia ser melhor também o tratamento de alguns médicos e enfermeiros para com o paciente e familiares. Tem algumas pessoas que poderiam ser mais atenciosas, mas a gente entende que eles não têm muito tempo... Tem muitos pacientes para cuidar (F2 - Camélia).

Tem gente muito bacana, que trata bem, vê o lado humano [...]. Mas depende do profissional (F8 - Azaleia).

O principal ponto falho é na preparação do familiar enquanto acompanhante, principalmente quando o internado sai do

centro cirúrgico (F2 - Camélia).

Consideram também como limite para a segurança do paciente as falhas na limpeza, o excesso de pessoas circulando no hospital e entrando nos quartos, chegando a ter um professor com mais de dez alunos no quarto.

Precisava melhorar a limpeza do chão... Parece que dão uma “tapeada” (F9 Amor Perfeito).

Muitas pessoas entrando no quarto, (estudantes)... Tem dias que o quarto fica cheio... Mas é importante que estão aprendendo para ajudar a gente depois (F7-Vitória Régia).

Às vezes entra muita gente no quarto, ficando muito cheio, é claro que os alunos precisam aprender (F9 Amor Perfeito).

Quando os profissionais trabalham com atenção e seriedade, podem-se evitar falhas nos processos sendo que a família, por sua vez, também fica responsável. Mas, apontam para a necessidade de possuir um lugar para **atividades com a família**, pois acabam ficando restrita ao quarto, a espera da cirurgia e de alguma informação dos profissionais de saúde.

Acho que falta no hospital um local para outras atividades como artesanato, conversas [...] (F4 - Copo de Leite).

Durante o período de internação, a família sente a **preocupação com o cuidar do outro** em casa. Embora o cuidado familiar sempre esteja junto aos membros da família, quando há a necessidade de cuidados mais complexos para recuperação da saúde, isto gera preocupações ao aproximar-se do momento da alta hospitalar.

Depois precisarei de ajuda em casa, aí eles (a família) estarão comigo nos momentos de folga, pois tenho uma moça que trabalha pra mim [...] (F2 - Camélia).

Neste momento, os profissionais de saúde podem estar preparando a pessoa e sua família para estabelecer uma rede de cuidados

durante a internação e após a alta hospitalar. Caso contrário a família pode não estar segura para o cuidado, podendo desencadear o adoecimento pela carga física e emocional.

- Potências para a Segurança do Paciente

As **potências para a segurança do paciente**, também apareceram como uma categoria forte nas entrevistas com as famílias, destacando-se a oportunidade de **estar junto** ao seu familiar durante a internação, assim como a esperança de melhora do estado de saúde, representada por **ficar bem**.

A possibilidade de ficar sempre alguém junto com ela, já é um grande diferencial, pois o acompanhante está cuidando dobrado, ficamos de olho em tudo que acontece aqui [...] (F3 - Hibisco).

Faz sete dias que a vó está internada e eu faço questão de ficar junto (F9 - Amor Perfeito).

Eu sei que quando for pra casa ela vai estar melhor [...] (F1 - Margarida).

As famílias consideram o hospital universitário como um dos melhores hospitais da região, estando muito agradecidos de ter conseguido uma vaga para internação de seu familiar. Consideram como um **hospital moderno**, com **conforto** principalmente para o paciente, além de fornecem **alimentação** as pessoas que estão juntas, pois nem sempre sobra dinheiro para ficar fazendo as refeições em restaurantes.

Aqui no hospital as coisas são muito modernas, a cama é prática, o paciente e o acompanhante podem regular, os banheiros são seguros, com bom acesso (F4 - Copo de Leite).

Acho que o HU é um hospital muito bom. Olha só essa cama como é boa, eu aperto num botãozinho e ela muda a posição (F2 - Camélia).

A alimentação no hospital é muito boa e

importante, pois nem sempre a gente tem dinheiro para comprar comida (F5 - Dália).

Embora tenham sido apontados vários **limites relacionados à segurança do paciente**, são apontadas as **potências** que evidenciam a qualidade dos profissionais que ali atuam, por ser um hospital universitário que é evidenciado por existir, em diversos momentos e cenários, uma cultura de segurança potencializada.

DISCUSSÕES

O entendimento acerca da Segurança do Paciente apontado pela família vai ao encontro do que é preconizado pela OMS, como sendo a redução a um mínimo aceitável, dos riscos decorrentes de danos que, por sua vez, são desnecessários nos cuidados em saúde durante a permanência nas instituições que, neste caso, é a hospitalar (WHO, 2009).

A ocorrência de incidentes, principalmente em pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos que é o local desta pesquisa, acontece em todo o mundo. Estes, por sua vez, estão associados não apenas a uma pessoa ou a um setor de internação, mas sim a toda a estrutura organizacional e humana das instituições de saúde. Para Corona e Peniche (2015, p. 180), estrutura humana pode ser entendida como a “inexperiência do cirurgião, carga excessiva de trabalho e fadiga dos profissionais, deficiência na supervisão de estagiários e falhas na comunicação entre os profissionais”. Relacionado à estrutura organizacional, os autores apontam para “baixo volume hospitalar de cirurgia, [...] tecnologia inadequada, horário de realização do procedimento e falhas administrativas diversas” que podem ocorrer antes, durante e depois do procedimento cirúrgico.

Os fatores citados referentes à estrutura humana e organizacional refletem diretamente a Cultura de Segurança das instituições de saúde que pode ser construída e solidificada ao longo de sua história. Os autores supracitados ainda enfatizam que essa Cultura de Segurança traz muito forte a crença de que “o profissional da saúde é infalível e, com isso, os incidentes, com ou sem danos, ainda são dificilmente relatados pelos profissionais, pois sua competência será questionada” (CORONA; PENICHE, 2015, p. 180).

Afirmando esta questão, vem Mello e Barbosa (2013, p. 1132) com os resultados da pesquisa realizada com profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva da região sul,

apontando para as fragilidades relacionadas à cultura de segurança, estando entre elas as “ações nas dimensões de percepção geral sobre segurança e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente”.

As famílias atribuem diferentes significados, com as mais diversas imagens sobre a Segurança do Paciente e o Cuidado Seguro, entendendo-se a necessidade de estarmos atentos a este imaginário como prioridade para evitar danos que possam piorar as condições de saúde e prolongar ou causar complicações mais sérias ao seu familiar durante o período de internação hospitalar (WACHTER, 2013).

A família entende que os cuidados relacionados à saúde durante a internação são indispensáveis para a pessoa, porém sente-se responsável por *estar junto*, acompanhando tudo o que será feito com seu familiar como forma de manter a segurança do paciente, ou melhor, das pessoas. Portanto, o *estar junto* é inerente à hospitalização e a manutenção da integridade de saúde, não acrescentando mais eventos adversos a sua condição de saúde.

O *estar junto* na pós-modernidade não é uma razão, mas sim um sentimento vivido pelas pessoas que fazem parte das tribos. Maffesoli destaca que “o emocional é, em muitos aspectos, a realidade mais irrecusável de nosso tempo”, sendo utilizado tanto para o bem quanto para o mal (MAFFESOLI, 2011, p. 30).

Nesta perspectiva, Passos (2015) em sua pesquisa aponta para o entendimento de que o *estar junto* durante a internação de um familiar envolve vários aspectos, entre eles o ambiente diferente que a família passa a fazer parte. Neste, por sua vez, “prevalecem as normas e rotinas, a razão instrumental, está presente de maneira marcante, com o intuito de *manter* a integridade dos que ocupam aquele espaço”, que na visão *maffesoliana* é denominado de ambiência.

Torna-se importante para as pessoas envolvidas no processo de internação viver dando ênfase ao presente, ou seja, *presenteísmo*. Assim ressalta-se o modo com o que o imaginário está presente no aqui e agora na vida das famílias, destacando que a relação do tempo e o espaço possibilitam outra e nova forma de pensar a partir do cotidiano hospitalar. Deste modo, o convívio com as outras pessoas presentes neste ambiente, com as diferenças culturais pode permitir a socialidade em um determinado espaço, que é o hospitalar (MAFFESOLI, 2001; MAFFESOLI, 2005).

Desta maneira, a família também tem aptidão e sente necessidade de continuar com o cuidado familiar, haja vista os laços de consanguinidade, afetivos e/ou de aproximação que existem entre seus membros. Entendendo-se o cuidado familiar como aquele praticado pela

família a qualquer um de seus membros que estiverem necessitando de cuidado e que se estabelece em constante construção, desconstrução e reconstrução de acordo com o momento presente (ELSEN, 2004).

Sabe-se que, ao internar em um hospital, a pessoa sente necessidade de permanecer com o cuidado familiar, evidenciando o bem estar físico e mental o que auxilia na recuperação da saúde. Além disto, o cuidado familiar pode ser um elo a ser mantido em outro ambiente que não o familiar, permitindo, assim, aliviar as tensões relacionadas às condições de saúde e de hospitalização (RODRÍGUEZ-SANCHÉZ, 2011; SHELTON, 2012).

Neste momento, há o encontro entre as culturas, sejam elas vistas como institucional e popular, não sendo possível separar a vida de todo o dia do cotidiano hospitalar. Segundo Maffesoli (2011b, p.48-49), “a cultura é, antes de tudo, o fato de comer, vestir-se, morar [...], consiste em interessar-se por todas as coisas consideradas insignificantes que o saber oficial considerava como inferiores, frívolas ou de pouco interesse”. Este entendimento acerca da cultura pode levar a uma melhor amplitude das relações estabelecidas nas instituições hospitalares, quando se considera a importância da “cultura popular como lençol freático para a vida em sociedade”.

Quanto às experiências anteriores acerca da segurança do paciente, as famílias associam as experiências de outras instituições, gerando o medo de acontecer algo de ruim com o seu familiar. Para tanto, ao incluir a família no ambiente hospitalar é fundamental “respeitar seus limites emocionais e suas habilidades, indo além da participação dela na divisão de tarefas, mas compreendendo a dimensão social na qual está inserida” (MOTTA et al, 2016, p. 87).

Quando os profissionais de saúde passam a compreender a família como partícipe da Segurança do Paciente e do Cuidado Seguro durante o período de internação hospitalar, fica evidente e necessária a reflexão das ações destes frente à família. Assim, acontece um “repensar indicando estratégias que os profissionais da saúde podem adotar, de forma a possibilitar que estas vivências sejam mais produtivas e menos traumáticas” (GOMES; OLIVEIRA, 2012, p. 171).

Uma das estratégias para envolver a família no cuidado é o fornecimento de informações precisas acerca da pessoa internada, bem como de seu estado de saúde e procedimentos a serem realizados durante a internação. Ressalta-se a atenção para as formas de comunicação estabelecidas, sejam elas verbais ou não verbais, possibilitando que as estratégias utilizadas sejam eficazes para manter um cuidado seguro (SILVA, 2014).

Percebe-se, por meio das falas, que as pessoas valorizam as orientações recebidas dos profissionais, mas que, muitas vezes, tornam-se uma limitação durante a internação, já que, com frequência, não há uma devida interação entre as partes para que a efetividade das orientações aconteça durante a recuperação da saúde. Isto é enfatizado por Maffesoli (2011) quando nos alerta que a cultura popular não é considerada como importante diante dos “pedantes da universidade”, sendo esta a formação que recebemos e multiplicamos durante a prática profissional.

A família, muitas vezes, não entende o que é tentado transmitir pelos profissionais de saúde, e nem mesmo pode se posicionar quanto não compreende a linguagem profissional, pois acredita que haverá prejuízos no cuidado em saúde ao questionar as informações recebidas. Isto, por sua vez, implica diretamente na segurança da pessoa que está internada, colocando em risco várias ações que são realizadas por seres humanos, passíveis de falhas em suas atividades profissionais, bem como o não entendimento dos procedimentos realizados para a recuperação da saúde (XAVIER et al., 2014).

A linguagem inacessível reporta-nos aos pressupostos teóricos e da sensibilidade de Maffesoli (2010), ou seja, a pesquisa estilística, na qual nos chama atenção, referindo que os acadêmicos podem “saber o que dizer, mas não como dizer”. Desta maneira, entendemos ficar difícil contribuir para a libertação do olhar, ou seja, para um pensamento libertário, que poderia também ser visto como um olhar colaborador para um cuidado seguro.

Assim, na construção cultural, alicerçada na solidariedade orgânica, ou seja, neste querer *estar junto*, também se constrói a cultura da segurança, fundamentando, por sua vez, um cuidado seguro e a segurança do paciente, ou melhor, das pessoas! Isto, porque, como vimos, as pessoas internadas e as famílias no cotidiano da hospitalização veem o *ter que ser paciente* como uma limitação da segurança do paciente! Algo que expressa a *lógica do dever ser* e não *do ser preciso*, talvez uma violência institucional que transita no cenário das instituições, sendo muito confortável ao profissional de saúde, ter construído esta imagem para aquele que precisa receber seu cuidado! Entendemos ser mais pertinente e ético falarmos em Segurança das Pessoas!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O imaginário das famílias trouxe-nos que a **segurança do**

paciente e o cuidado seguro deveriam ser uma prioridade nas instituições de saúde, mantendo as pessoas com tudo o que precisam para melhorar e resolver o problema pelo qual internou; não correr o risco de ter outros problemas de saúde que possam levar a um tempo maior de recuperação e até à morte durante o cotidiano da hospitalização. A família nos aponta que a segurança do paciente e o cuidado seguro extrapolam os muros institucionais do hospital, indo para o aconchego dos lares através do preparo para o cuidado familiar.

Ao mergulharmos no imaginário sobre a segurança do paciente e cuidado seguro, vimos emergir **as experiências anteriores acerca da segurança do paciente que**, quando as pessoas passam por muitas dificuldades, num ir e vir da correria entre um tratamento e outro, a exemplificar a quimioterapia e a cirurgia. Trazem também experiências de trocas de medicamentos, identificação errada das pessoas internadas, assim como as diversas falhas na comunicação que resultaram em riscos para as pessoas que estavam fazendo parte da instituição naquele momento.

Para as famílias, **Compreender a família como partícipe da segurança do paciente implica** em a pessoa e sua família ser coresponsáveis pela segurança no cuidado durante a internação hospitalar. Embora confiem na capacitação dos profissionais, entendem que necessitam estar junto para que a medicação seja administrada de forma segura como forma de dupla checagem, que os alimentos sejam oferecidos no momento e de forma correta, que a pessoa seja auxiliada nos cuidados de higiene, conforto e mobilização, seja ouvida em todos os momentos que permanecer internada, enfim, ter cuidado para que a pessoa recupere o problema de saúde não acrescentando mais complicações.

As famílias trouxeram de seu imaginário a partir do vivido no cotidiano da hospitalização que uma **Equipe de saúde bem preparada para o cuidado seguro significa** estar capacitados para o cuidado hospitalar, procurando atender com atenção, amenizando a dor forte com medicamentos e já dizendo o que é e para que serve. Ressaltam a comunicação com as pessoas que estão fazendo parte do ambiente hospitalar como uma estratégia indispensável para a segurança, já que os procedimentos realizados poderiam ser informados de forma clara e objetiva, possibilitando maior tranquilidade para as pessoas envolvidas na hospitalização.

Estes relatos possibilitaram um encontro com as famílias que vivenciam a hospitalização de um de seus membros e que passam por momentos bons e momentos ruins, marcados por permanecer em um

ambiente que não é familiar aos seus, bem como situações de riscos a saúde familiar.

Quando a família encontra **potências** no período em que permanecem na instituição hospitalar, valoriza diante das pessoas que aparecem no quarto ou entram em contato com o seu familiar. Considera, na maioria das vezes, o cuidado profissional como essencial a recuperação da saúde de seu familiar e valorizam a formação dos profissionais que atuam na instituição, principalmente por se tratar de um hospital escola.

Por outro lado, encontram muitos **limites** durante este período de convivência no hospital, entre eles podemos citar as falhas na comunicação evidenciadas por todos os entrevistados. Falhas estas relacionadas a falta de informação do estado de saúde do seu familiar, dos procedimentos realizados e a importância dos mesmos, a utilização de termos técnicos que impossibilitam o entendimento pelas pessoas internadas e seus familiares, causando um desconforto entre a família e os profissionais que ali atuam.

A família está junto para continuar o cuidado familiar. Quando apontam para as falhas que ocorrem durante os procedimentos e problemas estruturais, nem sempre são bem vistas pelos profissionais da instituição, refletindo, desta forma uma cultura de segurança incipiente.

Há que se considerar que nem sempre os profissionais estão preparados para acolher esta família que passa a fazer parte do ambiente hospitalar no período de internação de seu membro. Sabe-se que há um incentivo grande para a família permanecer junto à pessoa hospitalizada, porém, muitas vezes, mantê-los junto, limita-se em considerar a família como auxílio aos profissionais de saúde nos procedimentos realizados, não considerando a família como parceira e aliada do cuidado seguro.

Ao mergulharmos no imaginário das famílias foi possível ver o quanto o alcance das seis metas propostas, em 2011, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, (JCAHO) está sob ameaça no cotidiano da hospitalização!

Finalmente, precisamos, cada vez mais, investir na qualificação profissional, focando em um cuidado seguro para manter a segurança das pessoas que junto com suas famílias vivenciam a situação de hospitalização em seu cotidiano. A família está atenta a todos os movimentos que acontecem no hospital, desde os mais complexos aos mais simples, apontando as potências e os limites para a segurança do paciente que ocorrem no cotidiano da hospitalização.

Vê-se, assim, o imaginário neste processo que envolve a Segurança do Paciente, especialmente, no que se refere à construção de

uma Cultura de Segurança, considerando que as pessoas agem de acordo com os significados que os eventos têm para elas. Neste sentido, é preciso viabilizar e garantir uma cultura de segurança, construída institucionalmente junto com as famílias sobre os alicerces da solidariedade orgânica, da razão sensível, considerando significados, imagens, enfim o imaginário, contribuindo para um afetivo, portanto, efetivo cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

ATLAS.ti7 WHAT'S NEW. Disponível em:

http://www.atlasti.com/uploads/media/WhatsNew_a7_01.pdf. Acesso: 27 de maio de 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.**

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Brasília, DF, 2013. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01 mar. 2014.

CORONA, A. R. de P. D.; PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. SOBECC**, v. 20, n. 3, p. 179-185, jul./set. 2015. Disponível em

<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2016.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.;

SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2. ed, Maringá: UEM, 2004, p. 19-28.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 165-171, 2012. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-

447&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2016.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente:** para uma sociologia da vida cotidiana. Natal: Argos, 2001.

_____. **A contemplação do mundo.** [Tradução: Francisco Franke Settineri]. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995, 168p.

_____. **A transfiguração do político** – A tribalização do mundo. [Tradução: Juremir Machado da Silva]. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a, 230p.

_____. **No fundo das aparências.** [Tradução: Bertha Halpern Gurovitz]. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005, 350p.

_____. **O conhecimento comum** – introdução à sociologia compreensiva. [Tradução: Aluísio Ramos Trinta]. Porto Alegre: Sulina, 2010, 295p.

_____. **Quem é Michel Maffesoli:** entrevistas com Christophe Bourseille. [Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira]. 1. ed. Petrópolis: De Petrus et alii, 2011, 104p.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out./dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

MOTTA, M. G. C. et al. Cuidado às famílias de crianças/adolescentes hospitalizados: avanços e desafios da enfermagem. In: ELSEIN, I. et al. **Enfermagem com famílias:** modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa-Livro, 2016, p. 82-101.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos:** a descoberta dos laços de afeto como caminho. 1999. 199 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1999.

_____. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciën Cuidado Saúde**, v. 6 (supl 1), p. 24-26, 2007.

PASSOS, S. S. S. **Quotidiano de familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas com dependência para o autocuidado.** 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. **BMC Family Practice** BMC series ζ open, inclusive and trusted, v. 12, n.19, 2011.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research:** strategies for a Natural Sociology. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SHELTON, J. Á. et al. Where are family theories in family-based obesity treatment? conceptualizing the study of families in pediatric weight management. **Int J Obes** (Lond), v. 36, n. 7, p. 891-900, 2012.

SILVA, M. J. P. Comunicação: ferramenta básica para a gestão. In: SIQUEIRA, I. L. C. P. S.; PETROLINO, H. M. B. S. **Modelo de desenvolvimento de profissionais no cuidado em saúde.** São Paulo: Atheneu, 2014, p. 47-52.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** [tradução: Caroline Buss; Camila Philbert Lajolo Schrotberger; André Anjos da Silva]. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013, 478p.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety.** The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. v1. Final Technical Report and Technical Annexes. 2009. Disponível em:
<<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>.
Acesso em: 28 out. 2015.

XAVIER, D. M. et al . A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. **Rev. bras. enferm,** v. 67, n. 2, p. 181-186, Abr. 2014. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200181&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2016.

ZAHER, S. et al. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit

norms of openness, and participative leadership. **Health care Management review**, v. 40, n. 01, p. 12-23. jan./mar. 2015.

CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a trajetória do doutoramento, muitas foram as barreiras e avanços que permearam meu processo de viver, envolvendo o cotidiano, destacando-se o ciclo de vida, desde o adocimento às mudanças nas atividades profissionais, assim como a busca pelas famílias hospitalizadas que trouxeram a riqueza dos dados coletados.

Mas, foram estas tantas mudanças que instigaram a opção por compreender o imaginário das famílias sobre segurança do paciente e cuidado que contribui na cultura de segurança no cotidiano da hospitalização.

A busca incessante por pesquisas que pudessem fundamentar e aprofundar o conhecimento acerca da segurança do paciente e a família hospitalizada, não foi uma tarefa fácil, já que existem poucos estudos relacionados ao tema em questão. Consideramos desta forma, uma lacuna relacionada à segurança do paciente e, por sua vez, a cultura de segurança presente nas instituições de saúde.

O caminho de busca da sustentação teórica deste estudo, as noções e os pressupostos teóricos da sensibilidade de Michel Maffesoli, é que deram corpo as reflexões acerca do imaginário da Segurança do Paciente na perspectiva da família no cotidiano hospitalar. As pesquisas fundamentadas nas noções e nos pressupostos de Maffesoli enriqueceram a busca pela compreensão do imaginário da segurança das pessoas na perspectiva das famílias durante a hospitalização.

No desenvolvimento desta pesquisa foi possível a conhecer a constituição familiar desde pais, filhos, parentes distantes e amigos que também são considerados como membros da família. Neste sentido, foi possível compreender o cotidiano destas famílias expresso no dia a dia e nas atividades que cada um é responsável por desenvolver, bem como nas relações que se estabelecem entre os membros da família nos vários cenários transitados antes e durante a internação hospitalar.

A internação acontece como um evento a mais na vida da família, marcada por problemas de saúde quando o cuidado familiar não é mais suficiente, necessitando de cuidados especializados dos profissionais encontrados no hospital. Este, por sua vez, pode ser percebido como um ambiente frio, com normas e rotinas específicas estabelecidas pelo institucional, que podem causar estranhamento para os membros da família.

Ao relacionar o imaginário da segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva da família, surgiu o entendimento desta abordagem no âmbito hospitalar, acreditando ser este ambiente ideal

para que aconteça a recuperação dos problemas de saúde e não o acréscimo de complicações que possam prolongar ou colocar em risco tratamento pré-estabelecido.

As internações anteriores surgem como limites e potências para a experiência atual de hospitalização, quando é resgatada a necessidade de *estar junto* durante todo o período. Isto, por sua vez, nos remete as pesquisas anteriores durante a especialização e mestrado, quando o *estar junto* envolve uma organização familiar, considerando a continuidade da vida lá fora. Ou seja, a família nos aponta que a segurança do paciente e o cuidado seguro, extrapolam os muros institucionais do hospital, indo para o aconchego dos lares.

Neste sentido, o estudo nos mostra que a família atribui a este *estar junto* durante a internação hospitalar, estando atenta a todos os acontecimentos referentes ao seu familiar, ao movimento de ir e vir dos profissionais de saúde e todas as pessoas que circulam neste ambiente. A família entende a sua função como partícipe na segurança das pessoas e acreditam que os profissionais deveriam valorizar e fortalecer a participação da família no cuidado.

As famílias, em muitos momentos, deixaram explícitas a não inclusão do cuidado familiar no cotidiano hospitalar, expressando o despreparo dos profissionais em voltar-se à família como forma de manter a segurança do paciente.

Igualmente, os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para envolver a família no cotidiano hospitalar, pois ao abrir as portas do hospital para a entrada da família, é suposto que o sistema profissional de cuidado consiga envolver a família enquanto cuidado familiar, na tentativa de melhorar as perspectivas de recuperação da saúde da pessoa internada.

As famílias, por sua vez, entendem a importância de permanecer todo o tempo junto ao seu familiar internado, valorizando a manutenção do cuidado familiar como aliado na recuperação da saúde da pessoa internada.

O cuidado profissional e o cuidado familiar podem estar juntos, contribuindo também, na segurança do paciente para a construção de uma cultura de segurança na instituição de saúde.

Sendo assim, reafirmo a tese: **A Família é uma importante aliada na Segurança do Paciente, sendo preciso compreender seu cotidiano e seu imaginário, para, assim, contribuir afetivamente e efetivamente, para a garantia de um cuidado seguro e a construção de uma cultura da segurança no cotidiano da hospitalização.**

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **Bmj**, [s.l.], v. 344, n. 202, p.1-14, 20 mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>. Disponível em <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>. Acesso em: 25 jan. 2016.

AMADIGI, F. R. et al. (org.). **Consolidação da legislação e ética profissional**. 2. ed. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem (SC) - Quórum Comunicação, Série Cadernos de Enfermagem, v. 1, 2013, 132p.

ANDRADE, B. B. et al. Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, v. 12, n. 1, p. 77-82, jan./abr. 2008. Disponível em <http://revistas.unipar.br/?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=2232&path%5B%5D=1844>. Acesso em: 27 maio 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2013.

ARARUNA, R. C. **Mundo imaginal e a potência de ser família saudável frente à violência no cotidiano**. 2007. 242f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ARAÚJO, L. C. **Violência no cotidiano de famílias de adolescentes negros: enfoques para o cuidar de enfermagem**. 2009. 212f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ARAÚJO NETTO, L. F. S. **O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano do trabalho.** 2000. 177f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

ATLAS.ti7 WHAT'S NEW. Disponível em:
http://www.atlasti.com/uploads/media/WhatsNew_a7_01.pdf. Acesso: 27 de maio de 2013.

AVILA, L. I. **A visibilidade da enfermagem e suas implicações no cotidiano de trabalho.** 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

BALTOR, M. R. R. et al. Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.44-50, 24 out. 2012. Universidade Estadual de Maringá.
<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i1.18857>. Disponível em:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18857>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** [Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro]. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011, 279p.

BECKER, S. G. **O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores.** 2012. 163f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

BERGER, Z. et al. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. **Bmj Qual Saf**, [s.l.], v. 23, n. 7, p.548-555, 13 dez. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769>. Disponível em:
<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2014/01/16/bmjqs-2012-001769.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BESERRA, F. M. **Sentimentos e reações no cotidiano dos profissionais de enfermagem em hospital geral.** 2009. 84f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J. de A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 376-381, out. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a12.pdf>. Acesso em: 27 out. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Brasília, DF, 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 01 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília, DF, 2014, 39p.

BUCKNALL, T. K. et al. Engaging patients and families in communication across transitions of care: an integrative review protocol. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 7, p. 1689-1700, jul. 2016. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/1573/843>. Acesso em: 27 out. 2014.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R.; CASSIANI, S. H. de B. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 164-172, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/21.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. de B. Necessidades de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>.
Acesso em: 01 dez. 2014.

CARRARO, C. A. G. **O cuidado da saúde do homem no cotidiano da saúde da família**. 2014. 249f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CEAQ. Centre d'Etudes sur l'Actuel et le Quotidien. **Currículo Vital do Professor Michel Maffesoli**. Disponível em: <http://www.ceaq-sorbonne.org/node.php?id=91>. Acesso em: 21 abr. 2015.

CEPEN. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem-Nacional (ABEn/N) **Catálogo de Teses e Dissertações**. Disponível em [ABEnhttp://www.abennacional.org.br/home/tesesedissertacoescepen.htm](http://www.abennacional.org.br/home/tesesedissertacoescepen.htm). Acesso em: 25 jan. 2016.

COLOGNESE, E. T. S. **A inclusão do familiar em situação de urgência e emergência sustentada no discurso do sujeito coletivo**. 2006. 104f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2006.

CORDEIRO, E. A. K. **Abrindo as portas do quarto terapêutico: significando a radioiodoterapia**. 2012. 201f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <http://www.coren-sc.org.br/Empresa2/Cepreform.html>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CORONA, A. R. de P. D.; PENICHE, A. de C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. SOBECC**, v. 20, n. 3, p. 179-185, jul./set. 2015. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2016.

COSTA, J. C. **O imaginário da promoção da saúde no cotidiano das famílias no contexto da atenção primária**. 2016. 150f. Dissertação

(Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

COUTO, T. M. **Quotidiano e o imaginário de mulheres que provocaram aborto em um contexto de violência doméstica: contribuições para um cuidar em enfermagem e saúde** [O]. 2010. 181f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CULLINANE, J. P.; PLOWRIGHT, C. I. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. **Nursing In Critical Care**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.289-296, 22 ago. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12047>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12047>. Acesso em: 25 jan. 2016.

DAVIS, R. E.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C. A. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate?. **Bmj Quality & Safety**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.108-114, 1 jan. 2011. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.041871>. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/108.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

DECESARO, M. N. **Dinâmica das relações familiares: compreendendo o convívio com familiar dependente de cuidados físicos**. 2007. 195f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CRISTENSEN, P.J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. St. Louis: C.V. Mosby, 1986, p. 87-99.

DODEK, P. M. et al. The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 5, p.1506-1512, maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0b013e318241e368>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22511132>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2004, p. 19-28.

ELSEN, I. et al. A imagem da enfermagem com famílias: um encontro com a realidade brasileira. In: ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J. de; MARCON, S. S. **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros**. Florianópolis: Papa-Livro, 2016, p. 449-471.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994. 196p.

ERDTMANN, B. K. **Enfermagem domiciliar em correspondência: o desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível**. 2002. 104f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

FERNANDES, S. L. S. A. **O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia**. 2007. 312f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERREIRA, V. R. **Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem**. 2007. 98f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a. 405p.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009b. 196p.

FREITAS, J. S. de et al. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.454-460, jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.
Acesso em: 27 jan. 2016.

FREITAS, M. R. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 30, n. 1, p. 137-148, jan. 2014.
Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>. Acesso em: 27 out. 2014.

FRITSCH, J. et al. Making decisions for hospitalized older adults: ethical factors considered by family surrogates. **J Clin Ethics**, v. 24, n. 2, p. 125-134, summer 2013. Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740391/>. Acesso em: 27 jan. 2016.

GHIORZI, A. R. **Entre o dito e o não dito**: da percepção à expressão comunicacional. 2004. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010, 184p.

GILES, S. J. et al. Developing a patient measure of safety (PMOS). **Bmj Qual Saf**, [s.l.], v. 22, n. 7, p.554-562, 27 fev. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000843>. Disponível em:
<http://qualitysafety.bmj.com/content/22/7/554.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 165-171, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-447&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2016.

GONÇALVES, J. R. **O profissional de saúde em enfermaria de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde**. 2007. 191f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GONZÁLEZ, M. A. S. et al. Ética em la investigación em enfermería. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación em enfermeira: contexto y bases conceptuales**. Série Paltex Salud y Sociedad, 2000, n. 9. Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 69-86.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. Acolhimento das famílias recém-nascidas pré-termos pela equipe de saúde em unidades de neonatologia. In: ELSÉN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011, p. 55-64.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HENCKEMAIER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. **O viver em família e a interface com a sua doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 357-368.

HORTA, N. C. **Modos de vida juvenis: cotidiano, espaços sociais e saúde**. 2011. 263f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

HUNZIKER, S. et al. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 5, p.1554-1561, maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182451c70>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647885/>. Acesso em: 25 jan. 2016.

JIANG, H. J. et al. Understanding Patient, Provider, and System Factors Related to Medicaid Readmissions. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 42, n. 3, p. 115-121, mar. 2016. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26892700>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KELLY, M. M.; HOONAKKER, P. L.; DEAN, S. M. Using an inpatient portal to engage families in pediatric hospital care. **J Am Med Inform Assoc**, v. 14, n.pii: ocw070, jun. 2016. Disponível em <http://jamia.oxfordjournals.org/content/early/2016/06/14/jamia.ocw070.long>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KHAN, A. et al. Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children. **JAMA Pediatr**. v. 4, 170(4):e154608, apr. 2016. Disponível em <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2498405>. Acesso em: 10 jul. 2016.

KOPECKY, K. et al. The needs of hospitalized patients with autism spectrum disorders: a parent survey. **Clin Pediatr (Phila)**, v. 52, n. 7, p. 652-660, jul. 2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23624619>. Acesso: 25 jan. 2016.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, III - n. 2, p. 181-189, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>. Acesso em: 01 maio 2014.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. de. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. [Tradução: Maria C. de Sá Cavalcante]. Rio de Janeiro: Rocco, 1984, 168p.

_____. **A conquista do presente: para uma sociologia da vida cotidiana**. Natal: Argos, 2001.

_____. **A contemplação do mundo**. [Tradução: Francisco Franke Settineri]. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995, 168p.

- _____. **A lógica da dominação.** São Bernardo do Campo: Ed. Jorge Zahar, 1978.
- _____. **A parte do diabo:** resumo da subversão pós-moderna. [Tradução: Clóvis Marques]. Rio de Janeiro: Record, 2004, 191p.
- _____. **A república dos bons sentimentos.** [Tradução: Ana Goldberger]. São Paulo: Iluminuras, Itaú Cultural, 2009, 96p.
- _____. **A sombra de Dionísio:** contribuição a uma sociologia da orgia. Niterói: Editora Grall, 1985.
- _____. **Apocalipse** – Opinião pública e opinião publicada. [Tradução: Andrei Netto; Antoine Bollinger]. Porto Alegre: Sulina, 2010c, 78p.
- _____. **A transfiguração do político** – A tribalização do mundo. [Tradução: Juremir Machado da Silva]. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011a, 230p.
- _____. **Elogio da razão sensível.** Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- _____. **Homo eroticus:** comunhões emocionais. [Tradução: Abner Chiquieri. Revisão técnica: Teresa Dias Carneiro]. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014, 278p.
- _____. **No fundo das aparências.** Petrópolis: Vozes, 1996.
- _____. **No fundo das aparências.** [Tradução: Bertha Halpern Gurovitz]. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005, 350p.
- _____. **Notas sobre a pós-modernidade:** o lugar faz o elo. 1. ed. Rio de Janeiro: Copyright, 2004, 115p.
- _____. **O conhecimento comum** – introdução à sociologia compreensiva. [Tradução: Aluísio Ramos Trinta]. Porto Alegre: Sulina, 2010b, 295p.
- _____. **O instante eterno** – o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. [Tradução: Rogério de Almeida Alexandre Dias]. 1. ed. São Paulo: Zouk, 2003, 199p.

_____. **O ritmo da vida** – variações sobre o imaginário pós-moderno. [Tradução: Clóvis Marques]. Rio de Janeiro: Record, 2007, 223p.

_____. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

_____. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. [Tradução: Maria Lourdes Medeiros]. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010d, 299p.

_____. **O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade**. [Tradução: Teresa Dias Carneiro]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, 114p.

_____. **Quem é Michel Maffesoli: entrevistas com Christophe Bourseille**. [Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira]. 1. ed. Petrópolis: De Petrus et alii, 2011b, 104p.

_____. **Saturação**. São Paulo: Iluminuras - Itaú Cultural, 2010a.

_____. **Sobre o nomadismo: vagabundagens pós-modernas**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MAGLIO, I. Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente. **Rev. bioét.** v. 19, n. 2, mai./ago. 2011. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/633/660. Acesso em: 23 mar. 2016.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, out./dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2015.

MICHELIN, S. R. **Potências e limites para a promoção da saúde no cotidiano dos trabalhadores de um centro de saúde.** 2014. 244f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407p.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade.** 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012, 108p.

MIRA, J. J. et al. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 1-7, 2013. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

MIRA, V. L. Processo de avaliação de desempenho profissional em enfermagem. In: ABEn. Programa de atualização em enfermagem. Porto Alegre: Artmed / Panamericana, 2006, p. 11-23.

MORIN, E. **O método:** 4 - as ideias, habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina, 1998, 288p.

MOTTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Rev bras ortop**, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013. Disponível em www.rbo.com.br. Acesso em: 06 set. 2014.

MOTTA, M. da G. C. da. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e a interface com a sua doença.** 2. ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 153-167.

MOTTA, M. G. C. et al. Cuidado às famílias de crianças/adolescentes hospitalizados: avanços e desafios da enfermagem. In: ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J. de; MARCON, S. S. **Enfermagem com famílias:** modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa-Livro, 2016, p. 82-101.

MOTTA, M. G. C. et al. Famílias de crianças e adolescentes no mundo do hospital. In: ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J. de; MARCON, S. S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011, p. 73-85.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem o que é e o que não é** [Tradução: Amália Corrêa de Carvalho]. São Paulo: Cortez; ABEn/CEPEn, 1989.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho**. 1999. 199f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciênc Cuidado Saúde**, Maringá, v. 6 (supl 1), p. 24-26, 2007.

NÓBREGA, J. F. da. **O imaginário da promoção da saúde no cotidiano da formação do técnico em enfermagem**. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

NOBREGA, J. F. da et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p. 373-376, abr./jun. 2012. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v17n2/v17n2a25.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

OLIVEIRA, A. M. N. **Um estudo transgeracional sobre a construção das relações em famílias com crianças que apresentam comportamento agressivo no cotidiano**. 2008. 265f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Fatores relacionados à baixa adesão a higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 185-189, jan./mar. 2014. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13410/pdf_127. Acesso em: 02 nov. 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.122-129, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2015.

ORIÁ, M. O. B. **Casal infértil em busca do filho desejado: uma abordagem interacionista na perspectiva da mulher (O)**. 2003. 153f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2014.

PASSOS, S. da S. S. **Quotidiano de familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas com dependência para o autocuidado**. 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

PASSOS, S. da S. S.; PEREIRA, Á.; NITSCHKE, R. G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 6, p. 539-545, 2015. Disponível em www.redalyc.org/pdf/3070/307043975008.pdf. Acesso em: 27 abr. 2016.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a01v22n4.pdf>. Acesso em: 06 maio 2014.

PEREIRA, A. **O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero**. 1999. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 669p.

RAFAEL, E. V. **Significado da amamentação na percepção da mulher primípara (O)**. 2003. 90f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

RAISKILA, S. et al. Trends in care practices reflecting parental involvement in neonatal care. **Early Human Development**, [s.l.], v. 90, n. 12, p.863-867, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.010>. Disponível em: [http://www.earlyhumandev.com/article/S0378-3782\(14\)00196-0](http://www.earlyhumandev.com/article/S0378-3782(14)00196-0). Acesso em: 25 jan. 2016.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013, 132p.

RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. **BMC Family Practice** BMC series ¿ open, inclusive and trusted, v. 12, n.19, 2011.

RÓŜAñSKA, A.; BULANDA, M. Demographic characteristics of patients and their assessment of selected hygienic practices of hospital personnel in the context of safety climate of hospitalization. **American Journal Of Infection Control**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.354-357, abr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.022>. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)01429-1](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)01429-1). Acesso em: 25 jan. 2016.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal For Quality In Health Care**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.18-26, 1 fev. 2009. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>. Disponível em: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dgl1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SALANI, D. Implementation of Shift Report at the Bedside to Promote Patient- and Family-Centered Care in a Pediatric Critical Care Unit.

Journal For Nurses In Professional Development, [s.l.], v. 31, n. 2, p.81-86, 2015. <http://dx.doi.org/10.1097/nnd.0000000000000128>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25790358>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SALINAS, R. C.; RAMAKRISHNAN, K. Patient safety and medical errors: a focus on care transitions of the vulnerable older patient. **J Okla State Med Assoc**, v. 105, n. 2, p. 52-57, feb. 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22586873>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SANTOS, C. M.; CAREGNATO, R. C. A.; MORAES, C. S. Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 47-56, out./dez. 2013. Disponível em www.sobecc.org.br. Acesso em: 27 out. 2014.

SANTOS, M. C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, p. 47-57, 2010. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf>. Acesso em: 23 mar. 2016.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research: strategies for a Natural Sociology**. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SCHWAPPACH, D. L. et al. Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.285-291, 14 fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01820.x>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SHELTON, J. Á. et al. Where are family theories in family-based obesity treatment? conceptualizing the study of families in pediatric weight management. **Int J Obes (Lond)**, v. 36, n. 7, p. 891-900, 2012.

SILVA, A. M. F. **Representações sociais da família sobre a deficiência física da criança e suas implicações no cotidiano**. 2011. 211f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SILVA, D. M. **Limites e possibilidades no cotidiano das enfermeiras**

mudança da sistematização do cuidado: uma abordagem cultural num ambiente Hospitalar. 2002. 202f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, J. M. O imaginário é uma realidade. **Rev. Famecos**, n. 15, p. 74-82, ago. 2001. Disponível em <http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/famecos/article/view/285/217>. Acesso em: 01 jun. 2016.

SILVA, M. J. P. Comunicação: ferramenta básica para a gestão. In: SIQUEIRA, I. L. C. P. S.; PETROLINO, H. M. B. S. **Modelo de desenvolvimento de profissionais no cuidado em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 47-52.

SILVA, M. V. S. **Primigesta no contexto familiar à luz do interacionismo simbólico:** o discurso do sujeito coletivo. 2003. 142f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVA, T. C. S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006. 149f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, T. da; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.337-344, 30 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a14.htm. Acesso em: 25 jan. 2016.

SOUSA, T. O. **Cotidiano das alunas pioneiras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: 1953 - 1957**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SOUZA, E. M. S. **Fragilidade em idosos institucionalizados:** aplicação da Edmonton Frail Scale associada à independência funcional. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SOUZA, L. C. S. L. **O cotidiano de cuidado de enfermagem: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias.** 2008. 277f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZA, M. S. **Refletindo o processo de cuidar nas interações cotidianas entre a equipe de enfermagem e as famílias no centro obstétrico.** 2006. 94f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, M. A. **Meu neto precisa mamar! E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em enfermagem fundamentada no Interacionismo Simbólico.** 2005. 234f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

THOLL, A. D. **Nos bastidores do cotidiano: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde.** 2002. 137f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____. **O cotidiano e o ritmo de vida de pessoas com lesão medular e suas famílias: potências e limites na adesão à reabilitação para a promoção da saúde.** 2015. 250f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

THOMÉ, S. **Processo de amamentar para mães de crianças portadoras de malformação congênita de lábio e/ou palato segundo a perspectiva do interacionismo simbólico (O).** 2003. 172f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário. **Histórico.** Disponível em <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 20 abr. 2016.

UHL, T. et al. Insights into Patient and Family-Centered Care Through the Hospital Experiences of Parents. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 42, n. 1, p.121-131, jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12001>. Disponível em: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31234-X](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31234-X). Acesso em: 25 jan. 2016.

VAN ROSSE, F. et al. Role of relatives of ethnic minority patients in patient safety in hospital care: a qualitative study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 6, n. 4, p.1-10, abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009052>. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e009052.full.pdf+html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. [tradução: Caroline Buss; Camila Philbert Lajolo Schrotberger; André Anjos da Silva]. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013, 478p.

WALTER, S. A.; BACH, T. M. **Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: Inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas Ti**. Disponível em Disponível em: http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/an_resumo.asp?cod_trabalho=820. Acesso em: 20 abr. 2015.

WARD, J. K.; ARMITAGE, G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. **Bmj Qual Saf**, [s.l.], v. 21, n. 8, p.685-699, 5 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000213>. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/8/685.long>. Acesso em: 25 jan. 2016.

WEGNER, W.; PEDRO; E. N. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 20, n. 3, p. 427-434, may./jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.

WELCH, M. G. et al. Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety. **BMC Pediatr**. v. 24, n. 13, p. 148, sep. 2013. Disponível em <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-148>. Acesso em: 25 jan. 2016.

WHO. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. v1. Final Technical Report and Technical Annexes. 2009. Disponível em:
<<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>.
Acesso em: 28 out. 2015.


XAVIER, D. M. et al . A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. **Rev. bras. enferm**, v. 67, n. 2, p. 181-186, abr. 2014. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200181&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2016.

ZAHER, S. et al. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. **Health care Management review**, v. 40, n. 01, p. 12-23, jan./mar. 2015.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **Medicina Net**. Disponível em:
http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/901/introducao__primum_non_nocere.htm. Acesso em: 02 maio 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Protocolo para Revisão Integrativa de Literatura

 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA
I. Recursos Humanos: Luizita Henckemaier ¹ ; Rosane Gonçalves Nitschke ²	
II. Participação dos Pesquisadores: - Elaboração protocolo: 1 e 2 - Avaliação do protocolo: 1 e 2 - Coleta de dados: 1 e 2 - Seleção dos estudos: 1 e 2 - Checagem dos dados coletados: 1 e 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1 e 2 - Síntese dos dados: 1 e 2 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2 - Revisão final a partir de sugestões dos orientadores: 1 e 2 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2 * Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.	
III. Recursos Materiais: Disponibilidade de computadores com acesso à internet; 01 arquivo virtual (e-mail) da Revisão Integrativa de Literatura; 01 impressora a laser monocromática; 02 pen-drives; 04 resmas de folha A4; 02 canetas marcador texto; recurso financeiro disponível para compra de materiais (referências) que não estão livres nas bases de dados.	
IV. Pergunta: Como está a produção do conhecimento acerca da Segurança do Paciente e a Família em situação de hospitalização?	
V. Objetivo: Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura analisando as publicações acerca da Segurança do Paciente e a família no hospital.	
VI. Desenho do Estudo: Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura.	
VII. Critérios de Inclusão: Serem artigos completos, envolvendo pesquisas, relatos de caso ou relatos de experiências que tratassem da temática; Disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol; Estar dentro do período de 2011 a 2016.	

VIII. Critérios de Exclusão: Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

IX. Estratégias de Busca (Pesquisa avançada):

- Descritores: “Segurança do Paciente” OR “Patient Safety” OR “Seguridad Del Paciente” AND “Família” OR “Family” OR “Familia” AND “Hospitalização” OR “Hospitalization” OR “Hospitalización”
- Operadores Boleanos e Truncamento de Sinais: AND, OR, NOT ou AND NOT / * ou \$; parênteses (); aspas “”.
- Bases Eletrônicas de Dados: PubMed, LILACS e SCIELO.
- Período de busca: De 2011 a 2016.
- Idiomas: Português, Inglês e Espanhol.
- Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à Revisão Integrativa de Literatura.

XI. Seleção dos Estudos: A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo, denominada de primeira peneira. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de segunda peneira.

XII. Avaliação Crítica dos Estudos: Realizada a leitura e releitura dos materiais selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias, seguindo o modelo da análise de conteúdo do tipo temática de Bardin (2011). Os artigos selecionados foram avaliados e discutidos conforme literatura.

XIII. Síntese e Conclusão: Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura, a síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados.

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 Fax (048) 3721-9399 e-mail: pen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº _____

Prezado(a) Senhor(a);

Este é um convite para participar da pesquisa denominada: **O IMAGINÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O QUOTIDIANO DE HOSPITALIZAÇÃO**, que faz parte da Tese de Doutorado de Luizita Henckemaier, aluna do Doutorado em Enfermagem e Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, sob a orientação da Profª Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Este estudo tem como objetivo compreender o imaginário sobre a segurança do paciente na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização, ou seja, entendemos que a família pode ser uma aliada a equipe de saúde na segurança do paciente durante a internação, o que contribui para a cultura de segurança na hospitalização.

A sua participação no estudo acontecerá da seguinte forma: vou fazer algumas perguntas sobre a família, o seu dia a dia no hospital e como vê a segurança do paciente no cuidado prestado a seu familiar. Essa entrevista acontecerá em um local confortável do hospital, contando apenas com a minha presença para que você se sinta a vontade; será gravada e com duração de no máximo uma hora. Em todos os momentos estarei observando como acontece a relação com outras pessoas e por fim convidarei os demais participantes da pesquisa para realizar uma oficina para compartilhar os momentos passados durante a internação. Caso você se sinta constrangido em um desses momentos, garantimos que o(a) senhor(a) pode se recusar a prosseguir na pesquisa e poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia e serviço social do hospital. A sua participação não terá prejuízos, nem riscos ou danos à integridade física ou situação constrangedora. Porém, pode trazer à tona

sentimentos e emoções acerca da vivência da hospitalização de seu familiar, sendo que estaremos fazendo os devidos encaminhamentos e cuidados.

Caso decida participar, o(a) senhor(a) irá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo desistir se assim o desejar. Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente pela pesquisadora e orientadora. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens.

A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações da pesquisadora, sendo que o(a) senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato pelos telefones: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (48) 3721-9480; Doutoranda Luizita Henckemaier - (48) 91618396 ou 3721-9151; E-mail: luizitahe@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Tendo sido devidamente esclarecido (a), consinto livremente em participar do estudo e concordo com a gravação de meus depoimentos e a divulgação dos resultados.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/2016

Pesquisadora responsável: _____

Pesquisadora principal: _____

NOTA: Este consentimento terá 2 vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o próprio participante da pesquisa.

APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 Fax (048) 3721-9399 e-mail: pen@ccs.
ufsc. br

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº _____

I – Dados de Identificação

- 1.1 Nome Fictício da Família:
- 1.2 Membros da Família respondente nº
- 1.3 Profissão do respondente:
- 1.4 Composição familiar

Membros que fazem parte da Família	Sexo	Idade	Escolaridade	Parentesco Afinidade
1				
2				
3				
4				
5				

II – Dados relacionados ao processo de internação hospitalar

1. Como está o seu dia a dia?
2. Como é o seu dia a dia no hospital?
3. Qual o significado de Segurança do Paciente para você?
4. No que consiste Cuidado de Saúde Seguro para você?
5. Quais potências ou pontos fortes que você vê na segurança do paciente dentro do hospital?
6. Quais os limites ou dificuldades que você vê na segurança do paciente dentro do hospital?

Florianópolis, ___/___/2016

APÊNDICE D: Diário de Campo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 Fax (048) 3721-9399 e-mail: pen@ccs.
ufsc. br

DIÁRIO DE CAMPO

Nº _____

N. de Campo	Relato do ocorrido nas entrevistas e observações
NI	
NM	
NT	
NR	

Florianópolis, ___/___/2016

ANEXO

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMAGINÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM O QUOTIDIANO DE HOSPITALIZAÇÃO

Pesquisador: Rosane Gonçalves Nitschke

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53092216.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.466.614

Apresentação do Projeto:

Descritos no projeto básico e analisados na versão anterior de parecer aprovado pelo CEPESH

Objetivo da Pesquisa:

Descritos no projeto básico e analisados na versão anterior de parecer aprovado pelo CEPESH

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos no projeto básico e analisados na versão anterior de parecer aprovado pelo CEPESH

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descritos no projeto básico e analisados na versão anterior de parecer aprovado pelo CEPESH

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Descritos no projeto básico e analisados na versão anterior de parecer aprovado pelo CEPESH

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todas as pendências indicadas na primeira versão deste processo foram devidamente atendidas e justificadas, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 1.466.614

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_656845.pdf	08/03/2016 15:26:26		Aceito
Outros	Resposta_a_pendencias.PDF	08/03/2016 15:23:13	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	08/03/2016 15:21:46	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/03/2016 15:20:24	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HU.PDF	11/02/2016 08:11:53	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/02/2016 09:14:07	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/02/2016 16:29:04	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
Outros	Diario_de_Campo.docx	01/02/2016 16:27:48	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_de_dados.docx	01/02/2016 16:25:49	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/02/2016 16:21:05	LUIZITA HENCKEMAIER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.466.614

FLORIANOPOLIS, 28 de Março de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br