

DANIELA PEIXOTO LORENZONI

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO:
UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS-BRASIL
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

L869s
2018 Lorenzoni, Daniela Peixoto, 1980-
Segurança do paciente sob a ótica do usuário : uma teoria
fundamentada em dados / Daniela Peixoto Lorenzoni. – Viçosa,
MG, 2018.
ix, 21 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexo.

Orientador: Marilane de Oliveira Fani Amaro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Pacientes - Medidas de segurança. 2. Cooperação do
paciente. 3. Serviços de enfermagem. 4. Qualidade de vida.
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e
Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. II. Título.

CDD 22. ed. 610.73

DANIELA PEIXOTO LORENZONI

**SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO:
UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 11 de julho de 2018.

Mara Rubia Maciel Cardoso

Andréia Guerra Siman
(Coorientador)

Marilane de Oliveira Fani Amaro
(Orientador)

Dedico este trabalho a minha filha Laura, minha luz e força de todos os dias.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, a Ti agradeço pelo maravilhoso presente que é a vida.

A minha filha **Laura**, obrigada pelo exemplo de altruísmo e empatia, você é a pessoa que mais admiro e me inspiro nessa vida.

A minha mãe **Sandra**, obrigada pela dedicação ao meu crescimento profissional durante toda minha vida e por ter sido meu braço direito nestes dois anos.

Aos meu irmãos, **Fabício e André**, pela amizade e apoio.

A minha **família**, obrigada pela torcida, risos e carinho!

Aos meus **amigos**, que torceram e estiveram presentes diariamente, com palavras, orações, piadas, lanches e amor! Em especial: Nayara Cassimiro, Camila Domingos, Isabela Ferreira, Karine Chaves, Rafaela Magalhães, Alessandra Montezano. Obrigada pela amizade!

A **Dra. Marilane de Oliveira Fani Amaro** pela orientação e apoio nessa jornada difícil. Obrigada pela parceria!

A **Dra. Andréia Guerra Siman** pelas inquietações, almejando um trabalho de excelência. Obrigada!

A **equipe de Enfermagem da Hemodinâmica do HSJB** por abrir as portas para a realização deste grande trabalho. Obrigada pela confiança!

Aos **pacientes**, obrigada por contribuírem com o trabalho de busca por um cuidado de excelência.

A **Dra. Mara Rubia Maciel Cardoso**, por aceitar participar da banca de mestrado e cooperar para o meu crescimento. Obrigada pelas contribuições!

A **Universidade Federal de Viçosa**, em especial ao Prof. **Dr. Bruno David Henriques**, chefe do **Departamento de Medicina e Enfermagem**, e aos colegas de Departamento pelo apoio e incentivo durante essa jornada. Obrigada pela oportunidade e apoio!

Aos **professores e colegas do Mestrado** obrigada pelos momentos de aprendizado e convivência.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
APRESENTAÇÃO.....	ix
ARTIGO- SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS.....	1
ANEXO A-CARTILHA- SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODINÂMICA: A RESPONSABILIDADE É NOSSA.....	18
APENDICE A- Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS

EUA	Estados Unidos da América
IS	Interacionismo Simbólico
TFD	Teoria Fundamentada em dados

LISTA DE FIGURASArtigo

Figura 1 –Diagrama do modelo teórico.....	9
---	---

RESUMO

LORENZONI, Daniela Peixoto, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2018. **Segurança do paciente sob a ótica do usuário: Uma Teoria Fundamentada em dados.** Orientadora: Marilane de Oliveira Fani Amaro. Coorientadores: Andréia Guerra Siman, Camilo Amaro De Carvalho, Deise Moura De Oliveira e Erica Toledo De Mendonça.

Objetivo: Compreender a concepção sobre segurança do paciente em um serviço de hemodinâmica a partir da ótica do usuário elaborando um modelo teórico explicativo com base nos significados atribuídos a luz do Interacionismo Simbólico. **Método:** Pesquisa qualitativa do tipo Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico, realizada com 17 usuários de serviço de hemodinâmica. **Resultado:** Na concepção do usuário, ele compreende que a Segurança do Paciente perpassa pelo conhecimento profissional, reconhece atitudes que favorecem ou dificultam a Segurança do Paciente, percebe estratégias de enfrentamento negativas e positivas no cuidado, desvela a importância da comunicação na segurança e identifica ações no cuidado com foco no paciente. **Considerações finais:** Recomenda-se a aplicação deste modelo teórico na prática assistencial ao paciente em seu momento de internação inserindo-o e auxiliando-o no processo de segurança do paciente, garantindo a qualidade do cuidado.

ABSTRACT

LORENZONI, Daniela Peixoto, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July, 2018. **Patient safety from the user's point of view: A Grounded Theory.** Adviser: Marilane de Oliveira Fani Amaro. Co-advisers: Andréia Guerra Siman, Camilo Amaro De Carvalho, Deise Moura De Oliveira and Erica Toledo De Mendonça.

Objective: To understand the concept of patient safety in a hemodynamic service from the user's perspective by elaborating an explanatory theoretical model based on the meanings attributed to the light of Symbolic Interactionism. **Method:** Qualitative research based on data based theory as a methodological reference, performed with 17 users of hemodynamics service. **Results:** In the user's conception, he understands that Patient Safety permeates professional knowledge, recognizes attitudes that favor or hinder Patient Safety, perceives negative and positive coping strategies in care, uncovers the importance of communication in safety, and identifies actions in care focusing on the patient. **Final considerations:** It is recommended to apply this theoretical model in the care practice to the patient at the time of hospitalization by inserting it and assisting it in the patient safety process, guaranteeing the quality of care.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução geral, objetivo geral, um artigo científico, uma cartilha e conclusão geral. O artigo intitulado **“SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS”** foi formatado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (Qualis Capes B3- Medicina I, Qualis Capes A2 – Enfermagem), para a qual o artigo foi submetido em junho de 2018. A cartilha intitulada **“SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODINÂMICA: A RESPONSABILIDADE É NOSSA”** foi formatado de acordo com as normas do próprio autor.

ARTIGO

SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: UMA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS

RESUMO

Objetivo: Compreender a concepção sobre segurança do paciente em um serviço de hemodinâmica a partir da ótica do usuário elaborando um modelo teórico explicativo com base nos significados atribuídos a luz do Interacionismo Simbólico. **Método:** Pesquisa qualitativa do tipo Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico, realizada com 17 usuários de serviço de hemodinâmica. **Resultado:** Na concepção do usuário, ele compreende que a Segurança do Paciente perpassa pelo conhecimento profissional, reconhece atitudes que favorecem ou dificultam a Segurança do Paciente, percebe estratégias de enfrentamento negativas e positivas no cuidado, desvela a importância da comunicação na segurança e identifica ações no cuidado com foco no paciente. **Considerações finais:** Recomenda-se a aplicação deste modelo teórico na prática assistencial ao paciente em seu momento de internação inserindo-o e auxiliando-o no processo de segurança do paciente, garantindo a qualidade do cuidado. **Descritores:** Segurança do paciente; Participação do paciente; Enfermagem; Teoria Fundamentada; Hemodinâmica.

ABSTRACT

Objective: To understand the concept of patient safety in a hemodynamic service from the user's perspective by elaborating an explanatory theoretical model based on the meanings attributed to the light of Symbolic Interactionism. **Method:** Qualitative research based on data based theory as a methodological reference, performed with 17 users of hemodynamics service. **Results:** In the user's conception, he understands that Patient Safety permeates professional knowledge, recognizes attitudes that favor or hinder Patient Safety, perceives negative and positive coping strategies in care, uncovers the importance of communication in safety, and identifies actions in care focusing on the patient. **Final considerations:** It is recommended to apply this theoretical model in the care practice to the patient at the time of hospitalization by inserting it and assisting it in the patient safety process, guaranteeing the quality of care. **Descriptors:** Safety patient; Patient participation; Nursing; Grounded Theory; Hemodynamics.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la concepción sobre seguridad del paciente en un servicio de hemodinámica a partir de la óptica del usuario elaborando un modelo teórico explicativo con base en los significados atribuidos a la luz del Interaccionismo Simbólico. **Método:** Investigación cualitativa del tipo Teoría Fundamentada en los Datos como referencial metodológico, realizada con 17 usuarios de servicio de hemodinámica. **Resultados:** En la concepción del usuario, él comprende que la Seguridad del paciente pasa por el conocimiento profesional, reconoce actitudes que favorecen o dificultan la Seguridad del Paciente, percibe estrategias de enfrentamiento negativas y positivas en el cuidado, desvela la importancia de la comunicación en la seguridad e identifica acciones en el cuidado con foco en el paciente. **Consideraciones finales:** Se recomienda la aplicación de este modelo teórico en la práctica asistencial al paciente en su momento de internación insertándolo y auxiliándolo en el proceso de seguridad del paciente, garantizando la calidad del cuidado. **Descriptor:** Seguridad del Paciente; Participación del paciente; Enfermería; Teoría Fundamentada; Hemodinámica.

INTRODUÇÃO

Durante a história da humanidade, atores como Florence Nightingale, demonstraram preocupação e formularam ações em prol da redução de danos no cuidado. Todavia, foi a partir do final dos anos 90 que a área de segurança do paciente constituiu-se uma das preocupações mundiais na área da saúde.¹ O relatório lançado em 1999 pelo *Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health System*, estudo de maior impacto sobre o tema, trouxe à tona a dramática realidade dos incidentes de segurança do paciente relacionados à saúde, afirmando que nos Estados Unidos da América (EUA) até 98 mil mortes por ano poderiam ser decorrentes de erros médicos.²

Os resultados deste estudo elevaram os níveis de conhecimento sobre segurança na assistência em vários países, estimularam a conscientização por parte dos profissionais acelerando as iniciativas governamentais com vistas à melhoria da segurança na assistência e deram origem a muitos outros estudos. No referido relatório foi proposto uma abordagem não punitiva das falhas e o incentivo a uma postura mais proativa e educativa, que estimule a análise multifatorial dos incidentes. O modelo sugerido perpassa o tratamento superficial do erro, em que se elimina do cenário o que é

mais visível e fraco, para investigar o que é mais profundo e difícil, ou seja, a abordagem sistêmica.³

Neste contexto, segundo o Instituto de Medicina dos EUA, a segurança do paciente é um componente crítico das seis dimensões da qualidade e tem seu significado baseado no conceito de riscos de danos desnecessários relacionados à assistência nos serviços de saúde, a um mínimo aceitável. Assim, o IOM define qualidade do cuidado, como o grau com que os serviços de saúde, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.⁴

Dentre as ações de segurança do paciente definidas pela Organização Mundial de Saúde destaca-se a criação do programa “Pacientes pela Segurança do Paciente”, assegurando que a voz do usuário esteja no centro do movimento pela segurança dos cuidados de saúde em todo o mundo. Nesse sentido, a participação dos sujeitos e suas famílias, consumidores e cidadãos dedicados a melhorar a segurança do paciente, por meio de um esforço conjunto e coordenado, constitui um ponto central deste programa.⁵

No Brasil, as iniciativas de segurança do paciente são relativamente novas, com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013. Como uma das principais premissas do programa, tem-se a ação de comunicação social ampla para que a busca pela segurança do paciente passe a ser de domínio público, com a participação dos atores com acúmulos, aportes, e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado, ou seja, usuários somando e pertencendo ao processo de cuidar, tendo uma carga e compromisso com sua própria segurança.⁶

Justificam-se assim estudos que revelem a importância da participação dos usuários no processo de segurança dos cuidados em saúde, pelo escasso número de pesquisas nos periódicos científicos sobre o tema, o que por sua vez podem auxiliar em estratégias e ações para alcançar um ambiente seguro. Vale ressaltar que o incremento de pesquisa em segurança do paciente faz parte do quarto eixo do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Neste presente estudo, parte-se do pressuposto que os usuários têm uma concepção intrínseca sobre segurança do paciente, podendo exercer um papel essencial no processo de proteção de danos a sua saúde através da corresponsabilidade e parceria no cuidado. Porém, infelizmente não há uma correta participação destes na segurança e assistência, havendo um distanciamento entre os usuários e os profissionais de saúde. Assim reforça-se a necessidade de compreender a concepção do usuário sobre a segurança nos cuidados a saúde através de um modelo teórico.

Destaca-se que a corresponsabilidade e vínculos solidários são termos que correspondem ao termo parceria, utilizado no Programa Paciente pela Segurança do Paciente e remete-se a uma perspectiva de envolvimento do usuário e de seus familiares no cuidado. Este programa estabelece que haverá melhora na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros. A visão é de “um mundo em que os pacientes devem ser tratados como parceiros nos esforços para prevenir todo mal evitável em saúde”.⁶

Dentro deste contexto, têm-se avanços tecnológicos na área da saúde que modificaram as práticas de diagnóstico e tratamento com a introdução de procedimentos minimamente invasivos. Corroborando estas informações, tem-se a unidade de hemodinâmica como setor de grande importância para o prognóstico de pacientes com doenças cardiovasculares. Os exames e procedimentos realizados neste setor são experienciados de maneiras diferentes por parte dos usuários. As respostas fornecidas por eles abrigam no seu universo uma conotação que ultrapassa a simples realização do procedimento.⁷ Salienta-se que pacientes com algum diagnóstico de doenças cardiovasculares predominam nas estatísticas de internações no Brasil. As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte na população brasileira e são responsáveis por pelo menos 20% das mortes em nossa população com mais de 30 anos de idade.⁸

Diante do exposto, surgiu a indagação deste estudo: qual a concepção do usuário, sobre a segurança do paciente em um serviço de hemodinâmica? O objetivo deste estudo foi compreender a concepção sobre segurança do paciente em um serviço de hemodinâmica a partir da ótica do usuário elaborando um modelo teórico explicativo com base nos significados atribuídos a luz do Interacionismo Simbólico.

MÉTODO

Pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório desenvolvido em um serviço de hemodinâmica de um hospital de ensino localizado na Zona da Mata Mineira, Brasil.

Como referencial metodológico optou-se pela Teoria Fundamentada em dados (TFD), pois o método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. A TFD explora o significado dos fenômenos e permite a inter-relação entre os dados, bem como a análise comparativa constante. A teoria busca

a compreensão de como os seres sociais vivem suas experiências, extraindo os significados, os sentimentos, os pensamentos e como interagem esses seres, considerando a atenção na dimensão humana e nos aspectos sociais relacionados, nos contextos mais variados, por meio de um conjunto de procedimentos e técnicas de coleta e análise de dados sistematizados.⁹

A linha metodológica da TFD tem suas raízes no Interacionismo Simbólico (IS), visto que foi adicionado a ela o interesse pelos significados dos processos sociais subjetivos, baseados no uso da linguagem, emergentes da ação, apesar da TFD não depender de nenhum marco teórico ou escola de pensamento para legitimar uma teoria.⁹ Como referencial teórico escolhido, o IS permite que a pesquisa qualitativa cumpra o objetivo de investigar o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social. Assim, dentro de um paradigma interpretativo, este referencial se preocupa com a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade a sua volta e como elas agem em relação as suas convicções. Esse método permite aos pesquisadores estabelecer juízo de valor ao fenômeno estudado, dando a ele qualidade, credibilidade, confiabilidade e adequabilidade dos resultados.¹⁰

A escolha pelos referenciais teórico e metodológico se deu por se tratar de abordagens interpretativas e sistemáticas que extraem, da experiência e da realidade dos atores sociais envolvidos, o caminho para se chegar a resultados confiáveis que possam gerar ações, bem como aperfeiçoar seus conhecimentos.¹¹

O cenário de estudo foi o setor de hemodinâmica de um hospital de ensino na região da Zona da Mata Mineira. O Hospital é referência na região e o setor de hemodinâmica foi escolhido por ser um setor onde se realiza procedimentos minimamente invasivos, que favorecem a segurança do paciente, pois sua recuperação é mais rápida e diminui a necessidade de submeter o paciente a uma cirurgia invasiva.

Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: pacientes que passaram por cateterismo, internados no setor de hemodinâmica, com idade acima de 18 anos, em pleno gozo de suas faculdades mentais. Elegeram-se como critérios de exclusão: pacientes inconscientes e com idade inferior a 18 anos. Portanto, 17 pacientes participaram do estudo.

A coleta e análise dos dados teve início em agosto de 2017 e finalizou-se por saturação de dados em novembro de 2017. A observação participante não estruturada foi a primeira forma de coleta de dados deste estudo com duração de 128 horas. Na primeira fase, fez-se uma aproximação do campo de pesquisa a fim de conhecer a

dinâmica do serviço e identificar a melhor forma de captação dos participantes, assim como o local para realização das entrevistas. Nesta fase observou-se também a interação entre equipe e usuários. O registro das informações oriundas das observações foi realizado em um diário de campo.

A observação participante atenta nos detalhes e insere o pesquisador no cenário de forma que ele possa compreender a complexidade dos ambientes psicossociais, ao mesmo tempo em que lhe permite uma interlocução mais fidedigna. Os métodos de observação são aplicáveis para a significação de comportamentos e acontecimentos no momento em que eles se produzem, sem a interferência de documentos ou pessoas. O ponto forte da observação é o realismo da situação estudada, que fornece um indicador do nível em que as indagações estão para estruturarem posteriores e complementares entrevistas.¹² Outra função importante da observação é a familiarização com o ambiente e a oportunidade de conhecer os participantes em potencial, pois as perguntas das entrevistas devem ser feitas com base nos estilos dos participantes e como eles interagem uns com os outros.¹³

As entrevistas foram abertas e realizadas em sala reservada, com duração média de 10 min/entrevista, utilizando a ideia central: "Conte com riqueza de detalhes, sobre como foi o caminho de marcação do exame até o presente momento em sua recuperação pós-procedimento e o que você compreende sobre o tema segurança do paciente." O roteiro contemplou características sociodemográficas assim como procedimento a ser realizado e a história de doença atual. As entrevistas foram áudio-gravadas em meio digital e transcritas na íntegra.

A coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, onde as entrevistas realizadas foram imediatamente transcritas e codificadas, como descrito na TFD. A investigação dos dados foi realizada manualmente, por meio do método de análise comparativa, sendo realizada a codificação em três etapas: aberta, axial e seletiva. A codificação aberta consistiu em separar, examinar, comparar e conceituar os dados obtidos. Nessa fase, os dados foram analisados linha a linha, de forma que cada fala do entrevistado transformou-se em um código, sendo mais tarde agrupados por semelhanças e diferenças. Os códigos agrupados formaram as subcategorias, rotulados de acordo com o tema correspondente. Na codificação axial, os dados foram novamente agrupados, dando origem às categorias. Na última etapa, intitulada de codificação seletiva, foi feita a busca e desenvolvimento da categoria central, ou fenômeno, com

base no modelo paradigmático, que estabelece uma relação explicativa entre categorias e subcategorias.¹⁴

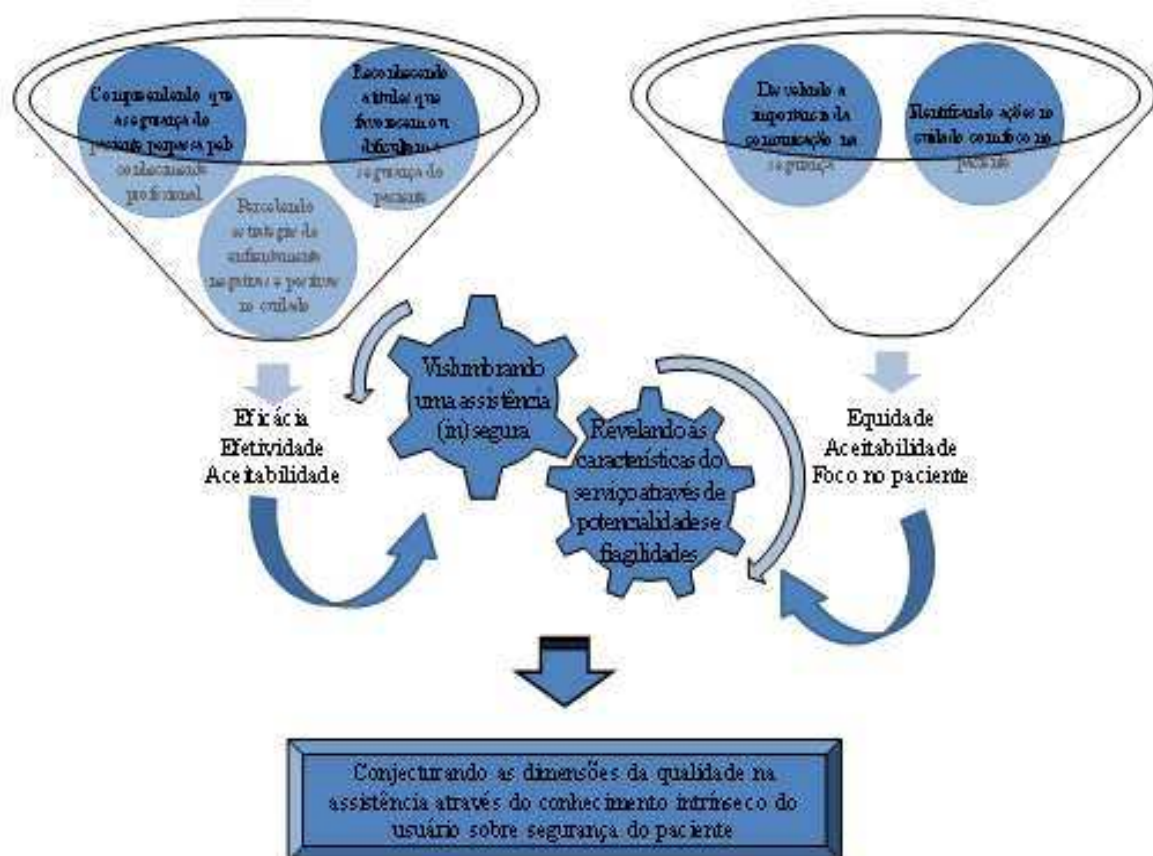
Para fins de preservação do anonimato, os participantes foram referidos pela letra P precedida do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas.

O estudo foi conduzido segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa sob parecer n°: 2.150.271.

RESULTADOS

Os dados emergentes permitiram a construção do modelo teórico “Conjecturando as dimensões da qualidade na assistência através do conhecimento intrínseco do usuário sobre segurança do paciente”, representativo da experiência vivenciada pelos usuários no período de internação no setor de hemodinâmica, formado por 2 categorias e 5 subcategorias, apresentadas na figura:

Figura 1: Diagrama do Modelo teórico



Revelando as características do serviço através de potencialidades e fragilidades

Essa categoria relaciona-se com o fenômeno na medida em que possibilita maior compreensão sobre o cuidado no cenário hospitalar, bem como os atores envolvidos no decorrer da internação, incluindo a equipe multiprofissional, o paciente e seus familiares.

A primeira subcategoria **Compreendendo que a Segurança do Paciente perpassa pelo conhecimento profissional** revela o princípio de garantia de um cuidado efetivo, onde a assistência deve ser realizada com base em evidências científicas, com foco em fazer o certo a quem precisa. Os usuários relatam o quanto se sentem seguros frente ao conhecimento técnico da equipe multiprofissional, isto é, para o usuário o ponto de partida para a segurança dá-se pelos profissionais. Os depoimentos a seguir, reforçam a afirmativa:

Uma coisa que eu gostei aqui foi a equipe, da atenção e da segurança que me passaram... me passaram confiança, pude confiar neles, mesmo eles alegres e brincando, mas eles estavam ali, eu vi que eles estavam sempre prestando atenção no que estavam fazendo... Isso é uma segurança pra gente. (P10)

Logicamente a Segurança do Paciente é o cuidado... porque eu saí da minha casa, do meu meio pra poder estar no meio de vocês, pra poder ter uma segurança, porque eu não sei cuidar da minha segurança sem que esteja presente uma pessoa que conheça melhor do que eu. (P8)

O doutor falou que minha veia estava muito entupida, ele viu num exame que eu fiz lá no consultório, aí o cateterismo constou tudo... tudo que ele falou deu certo. (P5)

A Segurança do Paciente parte do profissional que são vocês, quando a gente se sente seguro com vocês (equipe de enfermagem), com o médico, essa é a segurança dele (paciente). (P11)

A segunda subcategoria intitulada **Reconhecendo atitudes que favorecem ou dificultam a Segurança do Paciente** reflete a passividade do usuário que reconhece atitudes, mas se considera numa posição inferior e não responsável, negligenciando sua participação ativa nas ações de segurança, tornando a equipe de saúde direta e completamente responsável pelo seu cuidado. Nos relatos dos usuários nota-se o completo desconhecimento e/ou negação dos direitos e deveres na participação do cuidado. Observa-se também como o usuário percebe a postura profissional da equipe como positiva ou negativa para sua segurança, conforme apresentado nas falas:

Pra mim a Segurança do Paciente é meu comportamento, das pessoas, da equipe comigo... elas foram muito legais comigo, não posso reclamar... Foram muito legais e isso é importante. A segurança vem das pessoas, e é minha responsabilidade fazer o que a equipe manda. (P2)

Nós já nascemos com ilusão... Então vão ficando na ilusão... Sinto-me mais seguro na ilusão, porque já pensou se você souber que vai morrer

amanha... Eu ia me sentir pior se eu soubesse tudo que poderia acontecer comigo aqui. (P1)

Se você é uma boa enfermeira, carinhosa etc. Você leva essa imagem lá pra fora, e transmite essa imagem lá fora. Fulano de tal do hospital é uma pessoa boa, responsável, educada e dedicada... tudo isso são forças que asseguram o paciente... E eu gosto muito. (P8)

Eu acho que o que falta é a atenção... isso me incomoda e muito. Eu acho que o médico devia ter passado aqui e perguntado: está tudo bem com você... Ter um retorno... Até agora estou aqui parado e ninguém veio falar comigo. (P14)

A terceira subcategoria **Percebendo estratégias de enfrentamento negativas e positivas no cuidado** traz à tona o quão oportuno se encontra o serviço de saúde oferecido ao usuário, onde perdas ou atrasos de tempo geram sentimentos negativos muitas vezes prejudicando o cuidado efetivo. Nesta subcategoria aparece a ansiedade, o nervosismo, a aflição dentre outras estratégias negativas de enfrentamento. A fé/espiritualidade e a calma se destacam como estratégias positivas e refletem a confiança dos usuários para com a equipe de enfermagem, como observado nas falas:

Mas eu sou muito ansiosa... fico andando pra lá e pra cá nervosa por causa do horário né. Foi dando onze e meia, meio dia, entendeu... Ai fiquei esperando, ai elas me chamaram, me levaram lá pra dentro e colocaram soro em mim... Ai fiquei conversando com elas e fiquei mais calma do que lá fora.(P10)

Lá esperando o médico chegar, antes, eu comecei a ficar ansiosa sabe... Eu quando marca e tenho que fazer, eu fico aflita sabe... Então é isso... Esperar me dá ansiedade. (P2)

Não sei o que é segurança do paciente não... só Deus que segura... que ali naquela hora se for pra acabar acaba... Agora, Deus, segura qualquer um, protege pra não acabar. (P3)

O paciente sou eu, a segurança é Deus e os enfermeiros. (P5)

Foi possível observar no setor que a equipe de enfermagem era proativa e motivada, realizando uma assistência focada no paciente e seus familiares, atendendo prontamente as solicitações dos usuários. Havia também uma cooperação mútua entre os membros da equipe multiprofissional, porém os atrasos da equipe médica eram constantes, prejudicando o andamento ideal das atividades assistenciais, gerando nos pacientes e familiares uma concepção negativa no que tange ao cumprimento de horários.

Vislumbrando uma assistência (in)segura

Esta categoria evidencia a concepção da segurança do paciente pelos usuários após o exame e seu respectivo diagnóstico, e destaca a importância de uma relação dialógica entre equipe e paciente na busca de um ambiente seguro de qualidade.

A primeira subcategoria **Desvelando a importância da comunicação na segurança** destaca-se a importância da comunicação oral e escrita para segurança do paciente. Na totalidade das entrevistas, os pacientes e suas famílias foram orientados em relação aos cuidados pré e pós-cateterismo pela enfermeira e/ou equipe de enfermagem, de forma oral e escrita através de impresso próprio do setor. Ressalta-se que essa informação aparece tanto nos relatos dos pacientes como na observação realizada pelo pesquisador, vistas a seguir:

Então a segurança é isso que estou te dizendo, quanto mais diálogo houver entre o médico, o enfermeiro e o paciente, mais segurança vem. (P12)

A segurança do paciente esta relacionada aos cuidados médicos, a explicação do procedimento que esta fazendo, do remédio que esta te dando e do cuidado e do tratamento. (P15)

A única coisa que eu percebi é que o medico não fala nada, não abre a boca, e se perguntar pra ele, também não fala nada... Eu tinha varias duvidas lógico. Você tá deitado com uma sonda dentro de você, então você tá cheio de duvida, será que esse troço vai dar certo, será que não vai, será que estou bem. (P14)

A enfermeira me deu um papel que tinha que ficar 5h de jejum, ai mais uns medicamentos que eu não podia usar, e os que eu uso continuar normal. (P9)

A segunda subcategoria, **Identificando ações no cuidado com foco no paciente** descreve como o usuário percebe a assistência focada no paciente através de ações realizadas pela equipe de saúde que o inclui no processo de cuidar, onde não há um distanciamento entre usuário e equipe multiprofissional.

Primeiramente eu respeito à educação, a maneira de tratar um recinto médico, de vocês todos, porque somos todos iguais, o médico não distancia, então isso faz muito bem... Já o outro que fez o cateterismo, já não me tratou muito bem. (P11)

Quando ele entrou me perguntou se estava tudo bem, que ligou para o cardiologista, perguntou se eu estava tranquila e que ia me dar uma anestesia, que ia ser coisa rápida e que eu nem ia sentir... Agora estou me sentindo bem, só com um pouco de fome. (P10)

As dúvidas que tive eu retirei com a enfermeira e foi tranquilo, não senti medo não. Depois que acabou que me deu uma tremedeira, que eu relaxei... Não sei como não vomitei... Porque com tudo eu vomitei. (P16)

Você tem que se sentir seguro pelo menos naquela hora né e não ter medo. Porque se você tem que passar por aquilo, não tem que ter medo de nada. De todo jeito eu tinha que passar. (P17)

Na observação realizada, a comunicação entre usuário, família e equipe de enfermagem era eficiente. Os usuários tinham livre acesso as informações sobre seu estado de saúde e procedimentos realizados no setor. Notou-se a equipe médica pouco participativa na comunicação gerando queixas dos usuários e família.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo revelam a concepção intrínseca do usuário sobre sua segurança, o que perpassa pelas dimensões da qualidade no cuidado. O usuário identifica que o pilar principal da qualidade está na segurança do paciente e consegue conectá-la as outras dimensões da qualidade como eficácia, efetividade, aceitabilidade e equidade. Assim o empoderamento do usuário se torna essencial neste processo, pois sua participação permite um olhar mais crítico da realidade.

Assim, o modelo teórico *Conjecturando as dimensões da qualidade da assistência através do conhecimento intrínseco do usuário sobre segurança do paciente*, não só confirma a importância da participação deste usuário, como amplia o conceito de qualidade com a necessidade real de inclusão dos vários atores na construção de uma cultura de segurança efetiva.

No que tange a qualidade, tem-se a teoria de sistemas com a noção de indicadores de *estrutura* (corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial), *processo* (corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica) e *resultado* (corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados) adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde.¹⁵

A partir desses conceitos ou indicadores, o autor propôs sete dimensões da qualidade, e quatro delas foram apontadas no modelo teórico do presente estudo, sendo elas: eficácia - significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias; efetividade - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana; ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis; aceitabilidade - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado; equidade - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios

entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.¹⁶

Dentro deste contexto, evidencia-se que a segurança do paciente perpassa pelo conhecimento profissional e está diretamente atrelado à qualidade do cuidado, visto que as pessoas tem o direito de terem reduzidos os riscos de danos a saúde a um mínimo aceitável. Afirma-se também que o conhecimento está presente na autoprodução permanente da sociedade que se desenvolve por meio das interações entre os indivíduos, comportando sempre uma dimensão cognitiva, sendo uma reconstrução de um conhecimento prévio.¹⁷

Este conhecimento além de trazer à tona a segurança para o usuário leva a equipe multiprofissional a ser capaz de oferecer a este cliente a educação em saúde necessária para seu empoderamento. A educação é um componente chave para a participação do usuário na sua segurança, levando este a ter uma atitude positiva, encorajada e apoiada pela equipe de saúde. Pacientes com conhecimento sobre segurança são mais propensos a monitorar e detectar qualquer prática insegura em seu cuidado.¹⁸

Neste contexto, a equipe multiprofissional também viabiliza a integração de saberes entre as diferentes vertentes da área da saúde, favorecendo o relacionamento entre as profissões e os seus clientes no cuidado. Junto a isso, a integralidade das ações em saúde favorece a atuação responsável dos profissionais envolvidos no processo de cuidado.¹⁹

Ressalta-se que pesquisas em torno do tema relação terapeuta-paciente, os usuários relataram que uma postura assertiva está relacionada a expectativas relacionadas às atitudes dos terapeutas que desenvolvem um cuidado afetivo considerando e entendendo os aspectos psicológico-emocionais do paciente. Esses valorizam qualidades no cuidador como ser calmo, ter paciência, saber ouvir, ser verdadeiro na discussão do quadro clínico, ser humilde e demonstrar preocupação com o cuidado. No mesmo estudo os usuários se percebem como fragilizados diante do adoecimento, ansiosos, podendo vivenciar situações em que são “chatos”, “grossos”, ou “ignorantes”. Quanto ao que consideram que seria um paciente ideal, os usuários também abordam a característica da paciência, além de aceitação da doença e hospitalização, considerando importante o respeito à equipe e confiança quanto ao que este propõe.²⁰

Segundo pesquisadores, os pacientes gostariam que as rotinas hospitalares fossem menos rígidas e que suas necessidades particulares e subjetivas fossem, em alguma medida, consideradas. Entretanto são mais displicentes na responsabilização de decidir quanto ao tratamento, delegando aos médicos suas escolhas. Tais autores argumentam ainda que esta passividade se daria especialmente por uma autoconfiança diminuída e medo da dor ou morte.²¹

Ressalta-se que poder observar o que o paciente diz através de comportamentos, posturas e gestos pode melhorar a qualidade da assistência. Assim, a percepção dos pacientes sobre atitudes por parte da equipe como impaciência e tédio, julgamentos do tipo aprovação/desaprovação e estereótipos prejudica a comunicação entre usuário e profissional.²²

Ancorada a um modelo teórico, a Associação de Enfermeiras dos Estados Unidos, recomendou sete indicadores de qualidade focados no paciente que incluem a satisfação do paciente, nível da dor, integridade da pele, número de horas de enfermagem por paciente (ajustado à gravidade do caso), infecção hospitalar, taxas de injúrias ao paciente e avaliação e implementação dos cuidados requeridos pelo paciente.²³ No presente estudo percebe-se com muita nitidez essa assistência focada no paciente.

A comunicação surge nos resultados como importante ferramenta de gestão organizacional para integração profissional e vínculo com o paciente e família, além de ser um fator de interferência na dinâmica do funcionamento da instituição. O estabelecimento deste vínculo de confiança através da fala, gera confiança e permite que os pacientes verbalizem os seus medos e encorajem-se para expressar as suas dúvidas, expectativas e anseios, numa autêntica relação de ajuda, solidariedade e apoio ao enfrentar as situações que se apresentam com o surgimento da suspeita ou confirmação de doença.²⁴

Estudos mostram que experiências negativas de comunicação entre usuários, cuidadores e familiares junto à equipe de saúde, geram sentimentos de desconfiança e ansiedade, prejudicando o cuidado seguro, aumentando a probabilidade de eventos que prejudiquem a saúde dos usuários.²⁵

Por outro lado, o cuidado centrado no paciente aparece por um olhar holístico que contempla no processo de cuidar, as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano. Sob essa ótica, a compreensão da espiritualidade é fundamental para a oferta de uma assistência de saúde de qualidade. Na medida em que

o ser humano é uma unidade formada por corpo, mente e espírito, torna-se necessário que os profissionais avaliem a necessidade de intervenção no campo espiritual. A espiritualidade é um termo que pode abranger diversos significados, com enfoques religiosos ou não. É um termo mais amplo que religião e refere-se ao aspecto da condição humana, que se relaciona com a maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam o significado e propósito da vida, assim como a maneira que expressam um estado de conexão com o momento, consigo mesmo, com o mundo, com a natureza e com o sagrado. Para as pessoas que têm um sistema de crenças religiosas, a espiritualidade pode ofertar cuidados e respostas para as questões existenciais, e para os que não têm, pode promover conforto por meio da solidariedade e da compaixão, o que reduz os anseios e os medos associados à dor e ao sofrimento.²⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar nas questões relativas à segurança do paciente por meio do seu próprio pensamento crítico, o usuário, de uma forma interacionista, permitiu conhecer aspectos relativos à qualidade da assistência a partir de sua ótica. A TFD permitiu que conceitos relativos a estes aspectos fossem compreendidos e aprofundados, e que, apesar do pouco conhecimento técnico sobre a segurança e qualidade, este cliente é capaz de se inserir ativamente no próprio cuidado, auxiliando a equipe multiprofissional na melhoria da cultura de segurança.

As limitações do estudo são referentes à especificidade do setor de hemodinâmica de um único hospital e, além disso, a discussão com a literatura foi pautada em estudos com temas correlatos, em função do limitado número de investigações sobre a temática. Porém os resultados podem contribuir para a compreensão da importância da participação do paciente na cultura de segurança em vários setores ou instituições de saúde.

Com base nessas considerações, recomenda-se a aplicação deste modelo teórico na prática assistencial ao paciente em seu momento de internação, independente do setor, no sentido de inseri-lo e auxiliá-lo no processo de segurança do paciente, garantindo assim a qualidade do cuidado prestado a ele.

REFERÊNCIAS

- 1- Reis, C.T. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências da Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- 2- Kohn, L.T.; Corrigan, J. M.; Donaldson, M. S. (Ed.). To err is human: building a safer health system. Washington. D.C.: National Academy Press; 2000.
- 3-Rocha, D.J.M da et al. Construção de Programa de Segurança do Paciente em Hospital Público de Ensino: Pesquisa Documental. Cogitare Enfermagem, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-7, 10 out. 2016. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45604>.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- 5- Brasil. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1ed. Brasília, 2013.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. ISBN 978-85-334-2130-1 1. Segurança. 2. Paciente. 3. Promoção da Saúde. I. Título. II. Fundação Oswaldo Cruz. III. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. CDU 614 Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0253
- 7- Sant’anna, R.M. de. Tecnologia educativa em saúde para usuários do serviço de hemodinâmica submetidos à cineangiocoronariografia- Niterói: [s.n.], 2014.138 f.
- 8- Mansur,A.P.Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. Arq Bras Cardiol. 2016; [online].ahead print, PP.0-0
- 9- Baggio, M.A; Lorenzini, E.A. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil Referência - Revista de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Coimbra, Portugal, vol. III, núm. 3, marzo, 2011, pp. 177-188.
- 10- Santos, R.S. Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde. Rev. da Esc. de Enfermagem-USP,V.39,Edição 1, 1997, pg 102-108.

- 11- Dantas, C.C; Leite, J.L; Lima, S.B.S and Stipp, M.A.C. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.4, pp.573-579. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>.
- 12- Zanelli, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. *Estudos de Psicologia*, v. 7, p. 79 - 88, 2002.
- 13- Shah, S. Sharing the world: the researcher and the researched. *Qualitative Research*, London, v. 6, n. 2, p. 207-220, 2006.
- 14- Strauss, A; Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 15- Sousa, P; Mendes, W. In: *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. - 452p.
- 16- Donabedian, A apud Malik, A.M; Schiesari, L.M.C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Disponível em [file:///D:/Downloads/saude-cidadania-vol-03-qualidade-na-gestao-local-de-servicos-e-acoes-de-saude-\[443-090212-SES-MT\]%20\(2\).pdf](file:///D:/Downloads/saude-cidadania-vol-03-qualidade-na-gestao-local-de-servicos-e-acoes-de-saude-[443-090212-SES-MT]%20(2).pdf) . Acesso em: 12 mai. 2018.
- 17- Koerich, C; Lorenzini E.A, Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. *Revista Brasileira de Enfermagem* [en linea] 2016, 69 (Septiembre-October):[Fecha de consulta: 22 de abril de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267047824009>> ISSN
- 18- Vaismoradi, M., Jordan, S. and Kangasniemi, M. Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review. *J Clin Nurs*, 24: 627-639. 2015 doi:10.1111/jocn.12664
- 19- Cechinel P.C; Pereira C.M.E; Lanzoni, G.M.M; Erdmann, A.L. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista de Enfermagem Referência* [en linea] 2016, IV (October-Diciembre): [Fecha de consulta: 22 de abril de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388249570008>>_ISSN 0874-0283
- 20- Baronio, M.; PECORA, A.R. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. *Psicologia Revista*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 199-228, maio 2016. ISSN 2594-3871. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27796>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

- 21- Espinha, T. G. & Amatuzzi, M. M. O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, 2008 v. 24, n° 4, pp. 477-485. Recuperado em 04 junho, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/11.pdf>
- 22- Rossi-Barbosa, L. A. R., Lima, C. C., Queiroz, I. N., Fróes S. S. & Caldeira, A. P. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2010 v. 34, n° 3, pp. 363-370. Recuperado em 30 maio, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/05.pdf>
- 23-Adami NP, Yoshitome A. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003; 56(1): 52-56
- 24- Figueiredo de Sá França, JR, Geraldo da Costa, SF, Limeira Lopes, ME, Lima da Nóbrega, MM, Sátiro Xavier de França, I. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2013;21(3):Tela 1-Tela 7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281427949018>
- 25- Andersson, Å. , Frank, C. , Willman, A. , Sandman, P. and Hansebo, G. (2015), Experiences of adverse events. *Int Nurs Rev*, 62: 377-385. doi:[10.1111/inr.12192](https://doi.org/10.1111/inr.12192)
- 26-Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 June 27] ; 20(1): 176-182. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000100176&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.

ANEXO A- CARTILHA



SEGURANÇA DO PACIENTE EM HEMODINÂMICA



A responsabilidade é

NOSSA!

PARA QUE SERVE A SEGURANÇA DO PACIENTE?

É um conjunto de iniciativas coletivas entre equipe de saúde e pacientes para a proteção de vocês, evitando erros e danos desnecessários (aqueles sem intenção) como, por exemplo, os hematomas.

VOCÊ SABIA?

No Brasil, mortes por erros evitáveis estão em segundo lugar nas causas de morte, perdendo apenas para as doenças cardíacas?

AS 3 MAIORES CAUSAS DE MORTE NO BRASIL:

1º lugar- Doenças cardiovasculares

2º lugar- Morte por erros evitáveis

3º lugar- Somatório de todos os cânceres

**TENHA MUITA ATENÇÃO A
TODOS OS PROCEDIMENTOS**

Participe e ajude-nos a cuidar de você da melhor forma possível. A seguir há uma lista de informações para você paciente e família perguntar e informar para a nossa equipe antes e depois do seu procedimento:

ANTES

- 1-Informe sobre suas condições de saúde (alergia, diabetes, pressão alta, problemas respiratórios, sangramentos recentes, ansiedade e outras doenças).
- 2-Informe sobre seus medicamentos atuais (incluindo remédios naturais/fitoterápicos).
- 3-Fale sobre cirurgias anteriores, anestésias e gravidez.
- 4-Pergunte sobre o período e o lugar que vai ficar internado ou em observação (onde ficará e quem estará no seu cuidado).
- 5- Pergunte sobre reações que poderão ocorrer durante o procedimento e que você deverá comunicar a equipe.
- 6-Pergunte como sua dor será tratada.
- 7- Solicite instruções de higiene pessoal.
- 8-Pergunte sobre restrições de líquidos e alimentos.
- 9-Pergunte o que você deve evitar antes do procedimento.
- 10-Certifique-se que o procedimento ocorrerá no lugar avisado para você (braço ou perna).

DEPOIS

- 1-Avise a equipe sobre dificuldade de respirar, sensação de desmaio, coceira no corpo, sangramento, dor ou qualquer reação inesperada.
- 2-Pergunte quando poderá comer e ingerir líquidos.
- 3-Pergunte os efeitos colaterais dos medicamentos feitos em você.
- 4-Pergunte como você pode reduzir e avisar sobre infecções (púls, dor e vermelhidão no local) e hematoma (pele roxa).
- 5-Pergunte o que deve evitar após o procedimento (andar, tomar banho, subir escadas, levantar objetos pesados, dirigir, atividade sexual etc) e quando poderá voltar a fazer atividades normais.

6-Pergunte sobre a retirada do curativo compressivo.

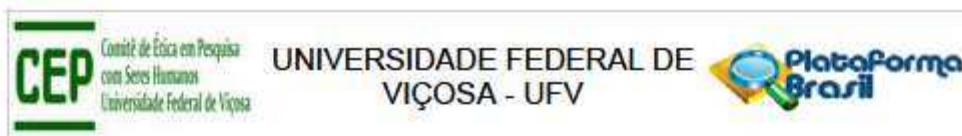
7-Pergunte sobre quando você pode voltar para uma revisão.

CASO OCORRA QUALQUER ALTERAÇÃO EM SUA RESIDÊNCIA, LIGUE PARA NOSSO SERVIÇO EM HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO OU COMPAREÇA A EMERGÊNCIA DESTE HOSPITAL.

Tel: (31) 3891-3403/3891-3815/3891-3406



ANEXO A- Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO DE HEMODINÂMICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO: Compreendendo o significado das ações da equipe de saúde sob a ótica do paciente.

Pesquisador: Marilane de Oliveira Fani Amaro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67963117.7.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.150.271

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Área Temática: Ciências da Saúde

Conforme resumo apresentado no formulário online da Plataforma: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e caráter descritivo, pois esta abordagem permite um aprofundamento da temática escolhida, assim

como o alcance dos objetivos deste estudo: compreender a percepção, sob a ótica do sujeito, sobre segurança do paciente em um serviço de hemodinâmica de um hospital de ensino, na cidade de Viçosa, Minas Gerais. Para a coleta de dados, será utilizada uma entrevista semi-estruturada

com o objetivo de ouvir os sujeitos do estudo. A observação será a segunda forma de coleta de dados, com o intuito de fazer uma conexão e

triangulação de dados colhidos nas entrevistas realizadas. Após esta etapa, para a análise de dados será usada a teoria fundamentada em dados,

onde a coleta e análise ocorrem simultaneamente. O objetivo da aplicação deste modelo é a identificação da ideia central que é permeada pelas

categorias, a qual fará surgir uma teoria substantiva ou modelo teórico. A coleta de dados será

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

