**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LILIAN MACHADO TORRES

**READMISSÃO POR INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO
ORTOPÉDICO: UM ENFOQUE FENOMENOLÓGICO**

**SÃO PAULO
2015**

LILIAN MACHADO TORRES

**READMISSÃO POR INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO
ORTOPÉDICO: UM ENFOQUE FENOMENOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ruth Natalia Teresa Turrini

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Torres, Lilian Machado
Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico:
um enfoque fenomenológico / Lilian Machado Torres. São
Paulo, 2015.

129 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ruth Natalia Teresa Turrini

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Enfermagem. 2. Readmissão do paciente. 3. Infecção
da ferida operatória. 4. Procedimentos ortopédicos.
5. Pesquisa qualitativa. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Lilian Machado Torres

Título: Readmissão por infecção de sítio cirúrgico ortopédico: um enfoque fenomenológico

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Ruth Natalia Teresa Turrini, por não hesitar em dar continuidade ao meu projeto inicial, mesmo que significasse um desafio a mais para si. Trajetória nova, obstáculos a serem ultrapassados e, o mais importante, novos conhecimentos agregados. Isto nos permite crescer em função de nós mesmos e na ocupação constante com o outro.

À Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi, que recebeu a ideia de uma maneira cordial e atenciosa, apresentando novos caminhos para que se desvelasse o fenômeno proposto. A condução rigorosa da análise fenomenológica, de maneira sensível e acolhedora, evidenciou a sua pré-ocupação, ou também o cuidado, no sentido da promoção da autonomia.

Ao Prof. Dr. Arménio Guardado Cruz, que gentilmente contribuiu com o projeto, por ocasião do Exame de Qualificação, durante o estágio em Coimbra - Portugal, e possibilitou o conhecimento de outras realidades em controle de infecção.

À Prof.^a Dra. Patrícia Pavan, que, de forma especial, apontou o caminho no mestrado e definiu limites por ocasião do Exame de Qualificação do projeto de doutorado.

Ao Hospital Governador Israel Pinheiro, pela anuência à proposta de realização da pesquisa na instituição. Agradecimento especial aos indivíduos que, vivenciando a readmissão, abriram seu coração e possibilitaram desvelar esse fenômeno.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pelo acolhimento especial durante o estágio da bolsa concedida pela CAPES. A todos os funcionários da Residência da escola, pelo carinho e atenção dispensados.

À Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que conduziu com o rigor científico esperado as atividades em Coimbra, abrindo inúmeras oportunidades de pesquisa científica.

Aos meus pais, Cícero e Maria de Lourdes, que sempre estiveram presentes, apoiando e incentivando as decisões tomadas. Aos meus irmãos, Lígia e Antonio José, pelo apoio recebido no decorrer das atividades que envolvem um doutorado.

Ao meu companheiro de sempre, Antonio de Pádua, pelo incentivo incondicional em todos os momentos do meu *ser-aí-doutoranda*, quer seja de presença ou ausência física, mas permanentemente “ao lado de”, numa convivência feliz e harmoniosa, do *ser-eterno-com-o-outro*.

Obrigada,

*Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe?
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei
Ou nada sei.*

(...)

*Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando dias pela longa estrada eu vou
Estrada eu sou.*

(...)

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De ser feliz.*

*Conhecer as manhas e as manhãs
O sabor das massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir.*

(Tocando em frente – Almir Sater)

Torres LM. Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: um enfoque fenomenológico [tese]. São Paulo (SP): Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Quando os indivíduos apresentam infecção do sítio cirúrgico, incluindo o sítio ortopédico, observa-se que alguns recebem tratamento e cuidados em ambiente domiciliar e não necessitam de nova hospitalização. No caso de uma readmissão, decorrente de processo infeccioso, o tratamento pode ser conservador, por meio de cuidados com a ferida cirúrgica e uso de antimicrobianos, ou ainda pode ser necessário que se submeta a uma ou mais intervenções cirúrgicas. Profissionais de saúde devem conhecer os significados e o vivido nas readmissões consequentes de infecções associadas aos procedimentos cirúrgicos. É a reflexão dessa história que está no passado que, sendo verbalizada, traz consigo experiências próprias, únicas e exclusivas. As perguntas que levaram à investigação foram: Como é estar readmitido por infecção do sítio cirúrgico ortopédico? Como a readmissão por infecção pós-operatória ortopédica é entendida no contexto pessoal, de vida familiar, e de trabalho? Que repercussões pessoais e sociais decorrentes da readmissão por infecção ortopédica podem ser percebidas pelo indivíduo? **Objetivo:** Compreender a experiência de indivíduos readmitidos por infecção do sítio cirúrgico ortopédico.

Método: Pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia Existencial de Martin Heidegger. Participaram desse estudo onze indivíduos readmitidos em função de infecção do sítio cirúrgico ortopédico, em um hospital público, em Belo Horizonte, Minas Gerais, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os depoimentos foram obtidos por meio de entrevista, entre março de 2014 e abril de 2015, a partir da seguinte questão norteadora: Como é para você estar readmitido por infecção do sítio cirúrgico ortopédico? **Resultados:** Os depoimentos coletados e analisados à luz da Fenomenologia existencial desvelaram o *ser-aí-readmitido* por infecção pós-operatória ortopédica. Sentiu *medo e insegurança* em relação ao que desconhecia; expressou *frustração*, pois estava acontecendo algo que não esperava acontecer; e observou o *passar de um tempo* que não significou o quantitativo de dias ou semanas em que ali estava presente, mas, ao contrário, a ausência de ser em seu cotidiano. Nesse momento, percebeu-se *descuidado*, e a comunicação em saúde marcou o descuidado quando julgou não ter sido acolhido e ouvido em sua história, em seu existir. Assim, entendeu as *relações sociais comprometidas*, que, algumas vezes, tangenciaram o rompimento. *Apegar-se a Deus* foi uma estratégia de conforto e de proximidade com um ser divino que poderia afastar aquilo que se aproximava e ameaçava: complicações, sequelas e morte. **Conclusões:** Os resultados desse estudo sinalizam a necessidade de aprofundar o conhecimento das dimensões que envolvem o cuidar com vistas ao desenvolvimento de competências, a partir das subjetividades dos momentos vividos no processo saúde-doença. Para isto, conhecer é primordial, refletir possibilita compreender, quando, então, a simples habilidade de ouvir toma o caminho da escuta qualificada, em que as atitudes são possíveis e o profissional de saúde desenvolve a capacidade para o cuidado em seu verdadeiro significado. O cuidado que transcende o saber fazer e tenta alcançar o saber fazer sensível.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Readmissão do paciente. Infecção da ferida operatória. Procedimentos ortopédicos. Pesquisa Qualitativa.

Torres LM. Patient readmission for orthopedic surgical site infection: a phenomenological approach [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: When people develop a surgical site infection, including the orthopedic site, it can be observed that some receive treatment and care in the home environment, not requiring re-hospitalization. In the case of readmission due to infectious process, treatment can be conservative through caring for the surgical wound and antimicrobial use, or it can require one or more surgical interventions. Health professionals should know the meanings and the experience of readmissions as a consequence of infections associated with surgical procedures. It is this reflection about past reports stories that when verbalized reveal unique and exclusive experiences. The questions leading to the investigation were: How does it feel to be readmitted for an orthopedic surgical site infection?; How is readmission due to an orthopedic post-operative infection understood in the personal, family life and work context?; What personal and social repercussions from orthopedic infection readmission can be perceived by the individual? **Objective:** To understand the experience of individuals readmitted due to orthopedic surgical site infection. **Method:** A qualitative research based on the Existential Phenomenology of Martin Heidegger. 11 individuals readmitted due to orthopedic surgical site infection in a public hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, who met inclusion and exclusion criteria participated in this study. Their statements were obtained through interviews between March 2014 and April 2015, from the following guiding question: How is it for you to be readmitted due to an orthopedic surgical site infection? **Results:** The testimonies that were collected and analyzed in the light of the Existential Phenomenology unveiled a specific *readmitted-being-there* feeling from orthopedic post-operative infection. They felt *afraid* and *insecure* regarding the unknown; expressed *frustration* because something that they did not expect would happen was happening; and the *passing of time* was perceived that did correspond to the amount of days or weeks in which they were present, but, instead, a feeling of being absent from being in their daily lives. At that point, a feeling of *neglect* was perceived, with health communication characterizing this neglect, making them feel like they have not been welcomed, nor had their story, their existence, heard. Therefore, understanding *the impaired social relationships*, which sometimes affected the disruption. *Becoming attached to God* was a comfort strategy of proximity to a divine being who could ward off the treatments that were coming: complications, sequelae and death. **Conclusions:** The results of this study indicate the need to deepen the knowledge of the dimensions involving care with a view to develop skills from the subjectivity of the experiences lived in the health-illness process. For this, understanding is essential, and reflection enables understanding, whereupon the simple ability to listen leads to qualified listening, where attitudes are possible and the health professional develops the ability to care for its true meaning; the care that transcends know-how and tries to achieve sensitive know-how.

KEYWORDS: Nursing. Patient readmission. Surgical wound infection. Orthopedic procedures. Qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

EEUSP: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

HGIP: Hospital Governador Israel Pinheiro

IPSEMG: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

IRAS: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

IRIC: Índice de Risco de Infecção Cirúrgica

ISC: Infecção do Sítio Cirúrgico

MS: Ministério da Saúde

NHSN: *National Healthcare Safety Network*

NNIS: *National Nosocomial Infection Surveillance*

PROESA: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP: Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: O encontro do pesquisador com o tema da pesquisa	18
FIGURA 2: Pontos principais da contextualização do tema	28
FIGURA 3: Caminho metodológico do estudo	47
FIGURA 4: Trajetória para o alcance dos resultados	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Caminho percorrido em direção ao tema	13
1.2 Perguntas da investigação	16
1.3 Justificativa do estudo	16
2 CONTEXTUALIZANDO O TEMA	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	29
4 CAMINHO METODOLÓGICO	37
4.1 Cenário	38
4.2 Participantes da pesquisa	39
4.3 Passos para a coleta de dados	41
4.4 Análise dos dados	44
4.5 Considerações éticas	45
5 RESULTADOS	48
5.1 Sentindo-se inseguro e com medo	54
5.2 Sentindo-se frustrado	59
5.3 Percebendo o tempo que passa	60
5.4 Relações sociais comprometidas	63
5.5 Percebendo-se descuidado	67
5.6 Apegando-se a Deus	69
6 DISCUSSÃO	73
7 REPERCUSSÕES PARA A PRÁTICA	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A – Cronograma de execução	124
APÊNDICE B – Carta anuência da instituição	125
APÊNDICE C – Termo Consentimento Livre e Esclarecido	126
APÊNDICE D – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP	127

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 CAMINHO PERCORRIDO EM DIREÇÃO AO TEMA

Ao concluir o curso de graduação em Enfermagem e iniciar a vida profissional, foi possível experimentar o *ser enfermeiro* em diversos locais de trabalho. Primeiramente, ao gerenciar uma Central de Material Esterilizado, foi possível perceber o cuidado de todos os trabalhadores com a qualidade e a validação dos processos de esterilização de artigos e materiais utilizados na assistência cirúrgica. Havia uma preocupação dos referidos trabalhadores com a possibilidade de infecções hospitalares e suas consequências para o indivíduo.

Em seguida, após a transferência para o Centro Cirúrgico desse mesmo hospital, observou-se a utilização daqueles instrumentais manipulados na Central de Esterilização. Nesse novo ambiente de trabalho, não faltaram oportunidades para o esclarecimento de dúvidas dos membros das equipes cirúrgicas em relação ao uso dos artigos médico-hospitalares disponibilizados, objetivando maior segurança para aqueles que se submetiam a procedimentos.

A partir daí, a atenção passou a se concentrar nas reintervenções cirúrgicas em função de infecções pós-operatórias. Notava-se a preocupação e até certo grau de angústia na face de cada indivíduo que retornava ao Centro Cirúrgico para uma reoperação. Manifestações de medo, cansaço e insegurança eram percebidas em referência ao momento vivido, consequência dessa complicação infecciosa, nem sequer antes imaginada. É importante ressaltar que, apesar da insipiente experiência profissional, havia a identificação dos sentimentos citados, movida por uma necessidade de ser solidária com o indivíduo em questão, que parecia demandar ser visto, além de um simples olhar, e percebido além do que se via.

Entretanto, o discurso dos profissionais do Centro Cirúrgico frequentemente remetia à ideia de que a infecção pós-operatória seria um evento esperado, uma situação até mesmo cotidiana relacionada ao ato de operar. Não era perceptível a

atenção com o que envolvia aquele indivíduo, que vivenciava a referida complicação: o sentir, o esperar, o desconhecer o próximo minuto, incluindo aí o medo de algo mais grave ou até mesmo da morte.

Simultaneamente, como enfermeira de outra instituição de saúde, em uma Unidade de Internação, assistia-se a longos períodos de permanência dos pacientes no ambiente hospitalar em função de infecções associadas a procedimentos cirúrgicos. Convivia-se com pessoas angustiadas diante de uma nova experiência de hospitalização, familiares com dificuldades em se organizar para os frequentes deslocamentos e visitas, recuperações lentas, reintervenções e eventuais sequelas limitantes.

Essas questões e, certamente, outras, para as quais apenas o olhar é insuficiente, permaneciam sem respostas, não apenas de um ponto de vista tecnicista, mas, sobretudo, humano. Dimensão humana essa entendida como o cuidado com o outro, no sentido de contribuir para que determinadas vivências possam ser menos sofridas e melhor assistidas no âmbito da saúde.

Concluindo o curso de pós-graduação em Epidemiologia do Controle das Infecções Hospitalares e transferida para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foi possível, em mais uma oportunidade de trabalho, o estreito contato com os indivíduos infectados. Não resta dúvida de que ocorreu um significativo aumento das inquietações relacionadas aos sentimentos e às percepções daqueles que vivenciavam tal momento. Apenas para contextualizar, o enfermeiro que exerce sua função na CCIH visita diariamente os acometidos por processo infeccioso, quando se torna possível perceber, claramente, o sofrimento causado em decorrência da readmissão, algo não esperado por ocasião de seu tratamento inicial.

Paralelamente, enquanto docente em instituição de ensino superior, orientava acadêmicos de enfermagem, em atividades teórico-práticas nos campos de estágio. A busca permanente de respostas às inquietações, que se avolumavam, ensejava a oportunidade de ampliar o foco assistencial desses futuros profissionais para além da doença momentânea no processo saúde-doença.

Fato é que, por meio das oportunidades de trabalho e da história profissional construída, o Enfermeiro solidifica o seu caminho pela sobreposição de experiências. Contudo, não se pode deixar de salientar que as vivências também são capazes de gerar, ou mesmo alimentar, tais inquietações. Especificamente, os incômodos decorrentes desencadearam um estudo epidemiológico, que resultou numa dissertação de mestrado, intitulada “Readmissão por infecção de sítio cirúrgico (ISC) em um hospital público de Belo Horizonte (MG)” (Torres *et al*, 2011).

Tratou-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi descrever a epidemiologia das readmissões por ISC ao longo de dois anos. Os resultados evidenciaram que um quarto daqueles que apresentaram essa complicação na instituição necessitou de nova internação. As infecções ocorreram com maior frequência em cirurgias limpas e nas potencialmente contaminadas. A especialidade ortopedia contribuiu com o maior número de indivíduos readmitidos, sendo que mais da metade dos procedimentos estavam relacionados à correção de fraturas (Torres *et al*, 2011).

As taxas de ISC variam de acordo com o potencial de contaminação da intervenção cirúrgica, variando de cirurgia limpa, potencialmente contaminada, contaminada, até infectada. Os procedimentos considerados limpos, para os quais estimam-se taxas mínimas de infecção, são aqueles em que nenhum sinal de inflamação é encontrado e que durante os procedimentos cirúrgicos não há invasão dos tratos respiratório, gastrointestinal, genital ou urinário. As cirurgias potencialmente contaminadas são aquelas nas quais ocorre a abertura dos tratos citados acima e, especificamente, envolvem o trato biliar, apêndice, vagina e orofaringe, caso não haja evidências de infecções ou quebra da técnica (CDC/NHSN, 2013). As intervenções denominadas contaminadas incluem aquelas em que há extravazamento do conteúdo de vísceras na cavidade, presença de inflamação e quebra grosseira da técnica asséptica. Os procedimentos infectados, por fim, são aqueles em que são encontrados tecidos desvitalizados, lesões com mais de seis horas de evolução e perfuração pré-procedimento de vísceras ocas.

Ao finalizar a referida pesquisa, considerando a experiência profissional e a proximidade com indivíduos na situação estudada, projetava-se um anseio

expressivo no aprofundamento do tema, no que diz respeito à compreensão do significado e sentido vivenciados pelas pessoas que experimentam a situação de readmissão por ISC.

1.2 PERGUNTAS DA INVESTIGAÇÃO

O presente estudo se propôs, então, a desvelar o significado, para os pacientes ortopédicos, das readmissões decorrentes de infecções cirúrgicas, em um movimento que pretendeu compreender as seguintes interrogações:

- Como é estar readmitido por infecção do sítio cirúrgico ortopédico?
- Como a readmissão por infecção pós-operatória ortopédica é entendida no contexto pessoal, de vida familiar, de trabalho?
- Que repercussões pessoais e sociais, decorrentes da readmissão por infecção ortopédica, podem ser percebidas pelo indivíduo?

A partir das inquietações mencionadas, o objeto de estudo proposto para essa investigação, e que está presente na prática assistencial do Enfermeiro, foi a readmissão por infecção pós-operatória ortopédica, do ponto de vista da subjetividade.

O objetivo foi compreender a experiência de indivíduos readmitidos por infecção do sítio cirúrgico ortopédico.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As infecções são estudadas atualmente enquanto material palpável, mensurável ou quantificável e de uma forma institucionalizada. Ocultam o sujeito, que sofre o processo infeccioso, para destacar um objeto infectado. Não são

analisadas enquanto existência ou enquanto ser que vivencia, compreende, verbaliza e explicita sua compreensão.

Dessa forma, caberia aqui refletir que é relevante conhecer não somente a entidade nosológica, mas compreender também a experiência vivida pela pessoa. Cuidado entendido como “cura”, derivado de “olhar por”, “preocupar-se com”, “dispor-se à escuta de” e, não somente “tratar”, este último com significado mais associado à ideia de “sara a doença”. Curiosamente, o verbo compreender é encontrado em alguns dicionários da língua portuguesa como: “perceber”, “entender”, “abranger”. São significados perfeitamente cabíveis para se tentar “alcançar o sentido de”, dessa experiência, ou a reflexão do indivíduo sobre a sua história de readmissão por ISC ortopédico.

Diante do exposto, políticas voltadas à integralidade da assistência que incluam essa dimensão do acontecer histórico concorrem para qualificar o cuidado. Além disso, possibilitam desenvolver mais subsídios que possam nortear a prática da assistência à saúde e do ensino, bem como evidenciar a necessidade de investimentos na formação permanente de profissionais, ao invés da desmedida ênfase na “in-formação”.

O enfermeiro é o profissional que, dotado de conhecimentos técnico-científicos, pode se colocar “ao lado” daquele que adoece e estabelecer aí possibilidades infinitas de relacionamento, acolhimento humano, conforto e recuperação da saúde, a partir das observações de seu cotidiano (Gomes, 2014).

Vale ressaltar que, na dimensão prática, espera-se que os resultados do estudo possam embasar o cotidiano do cuidado de enfermagem, ampliando o horizonte dos procedimentos e cuidados técnico-protocolares apenas, visando treinar a habilidade de percepção de conteúdos latentes ou de “algo mais” e, assim, desenvolver a competência necessária para qualificar o cuidado cirúrgico em seu mais amplo sentido.

A figura a seguir sintetiza o encontro do pesquisador com o tema da pesquisa.

Figura 1: O encontro do pesquisador com o tema da pesquisa. São Paulo, 2015.

2 Contextualizando o tema

2 CONTEXTUALIZANDO O TEMA

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são consideradas problema de saúde pública e têm contribuído para que as instituições busquem ações efetivas de prevenção e controle, que significam mudança de comportamento na prestação dos cuidados (Giroti; Garanhami, 2015). Escassez e qualificação de recursos humanos, inadequação de estrutura física das instituições e desconhecimento de medidas de prevenção contribuem para a perpetuação da situação atual (Padoveze; Fortaleza, 2014).

Uma das infecções de maior incidência entre as IRAS acomete o sítio cirúrgico (Despaigne Alba *et al*, 2013), sendo considerada uma das mais graves complicações cirúrgicas (Brasil, 2013). No Brasil, constitui-se uma das causas de maior incidência, compreendendo de 14% a 16% das infecções que acometem os indivíduos hospitalizados (Brasil, 2009). Além de envolver questões socioeconômicas, individuais e familiares, estão intimamente relacionadas ao controle de qualidade dos serviços de saúde (Despaigne Alba *et al*, 2013).

O Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, para o período de 2013 a 2015, tem como objetivo geral diminuir, no âmbito nacional, a incidência de IRAS e estabelece como um de seus objetivos específicos a redução da incidência de ISC (Brasil, 2013).

Desde o final da década de 90 e corroborado por outros autores a partir daí, define-se ISC como aquela que ocorre na incisão cirúrgica ou em tecidos manipulados durante o ato operatório. O seu desenvolvimento depende do grau de contaminação da ferida operatória, considerando-se a inoculação de micro-organismos e sua patogenicidade em relação às defesas do hospedeiro (Mangram *et al*, 1999; Gaynes *et al*, 2001; Horan *et al*, 2008).

A partir de 1980, a ISC passou a significar um indicador de qualidade assistencial e, a partir dos anos 90, taxas de incidência em indivíduos em condições semelhantes passam a ser comparadas entre prestadores de cuidados à saúde (Biscione, 2009). Assim, ações legitimadas pelos envolvidos (Vituri; Matsuda, 2009),

que concorrem para melhorias contínuas, transformam os processos de trabalho em meios que garantem a qualidade dos serviços, constituindo-se no que, hoje, é denominado “Gestão pela Qualidade” (Paladini, 2010).

Uma estratégia considerada ideal para a prevenção e o controle desse agravo é o conhecimento dos fatores de risco em cada etapa do cuidado cirúrgico (Sikora; Koziot-Montewska, 2010; Harrop *et al*, 2012), mesmo sabendo-se que a maioria dessas infecções é de origem endógena e relacionada a fatores inerentes ao próprio indivíduo (Batista; Rodrigues, 2012).

Decorrente disso, uma das ações preventivas de ISC envolve identificar esses fatores de risco relacionados ao paciente e ao procedimento (Rodrigues *et al*, 2012; Ovaska *et al*, 2013). Incluem-se também outros cuidados, como o controle prévio de doenças crônicas, a reorientação em relação à remoção de pelos no local da incisão e a redução no tempo de permanência pré-operatório em ambiente hospitalar, além das práticas relacionadas à antibioticoprofilaxia.

Alguns estudos identificam maior incidência de ISC quando a vigilância estende-se para o período pós-alta (Santos *et al*, 2010; Ribeiro *et al*, 2013), tornando-a mais acurada (Batista; Rodrigues, 2012), o que sugere que a ocorrência de ISC poderia estar subestimada em muitos estudos de prevalência (Broska Jr. *et al*, 2012), apresentando dados imprecisos e enganosos (Leaper *et al*, 2013). A vigilância é defendida por Adam *et al* (2012) como um processo de coleta de dados, análise e interpretação, que proporciona a adoção de medidas de prevenção e controle.

A ortopedia é a especialidade na qual a maioria das infecções se associa ao uso de implantes, com estudos que sinalizam a possibilidade de aumento progressivo de sua ocorrência (Contreras; Sepúlveda, 2014). A intensidade na utilização de implantes deve ser considerada quando se observa a elevação da expectativa de vida nas últimas décadas, e a infecção relacionada passa a constituir um dos eventos não esperados (Goveia *et al*, 2015). Infecções pós-operatórias em ortopedia significam quase sempre a falência do tratamento proposto inicialmente (Romanò *et al*, 2013), sendo considerada uma das complicações mais graves e devastadoras, gerando impactos econômicos, clínicos e sociais (Campoccia *et al*,

2013). Várias pesquisas abordaram as infecções relacionadas à cirurgia ortopédica e três delas estão citadas neste trabalho.

A primeira avaliou 8.236 indivíduos submetidos ao referido procedimento e comparou um modelo alternativo para a predição de infecção com o Índice de Risco de Infecção Cirúrgica (IRIC), desenvolvido durante o *National Nosocomial Infection Surveillance* (NNIS), que, mesmo sendo considerado um bom preditor, comportou-se de modo inferior ao modelo alternativo proposto (Ercole *et al*, 2011a).

Outro estudo analisou uma série histórica de 3.543 indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos ortopédicos, com o objetivo de identificar fatores de risco associados à infecção pós-operatória. A possibilidade de contaminação da ferida, as condições clínicas, o tempo cirúrgico e o tipo de procedimento apresentaram-se estatisticamente associados à infecção (Ercole *et al*, 2011b).

Um terceiro, por sua vez, comparou 131 indivíduos que cursaram com infecção pós-cirurgia de quadril com o mesmo número deles que não infectou. Encontrou como fatores de risco para o evento infecção pós-operatória o diabetes, alcoolismo, tempo de profilaxia antimicrobiana abaixo do ideal e complicações durante a cirurgia, dentre outros (Ovaska, 2013).

Em procedimentos ortopédicos, especificamente nas artroplastias de joelho e quadril, o tempo para o aparecimento dos sinais e sintomas caracteriza a infecção como precoce ou tardia. Um estudo mostrou que 95,3% das ISC em próteses de joelho e quadril são diagnosticadas nos primeiros noventa dias, enfatizando a importância da vigilância nos primeiros três meses, como boa estimativa de ISC em cirurgias com implantes (Castella *et al*, 2011).

A vigilância das infecções pós-operatórias em ortopedia tem critérios bem definidos pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), que incluem tanto os sinais e sintomas, como o tempo e o local onde o indivíduo se encontra no momento de seu diagnóstico (CDC/NHSN, 2013). Os dados epidemiológicos gerados a partir da vigilância e consequentes ações corretivas e preventivas contribuem para a segurança do paciente cirúrgico (Pinto *et al*, 2015). A melhor abordagem, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, além da avaliação

permanente de processos assistenciais, depende do entendimento da interação entre os fatores envolvidos na ISC, que contribui para otimizar e qualificar o atendimento prestado (Harrop *et al*, 2012; Goveia *et al*, 2015).

De fato, a ISC em ortopedia concorre para prolongar a permanência hospitalar, duplicar taxas de readmissão e aumentar em demasia os custos associados (Husebye *et al*, 2012). Com o objetivo de coletar dados mais precisos e criar uma base de conhecimentos e informações sobre o indivíduo, procedimentos e implantes utilizados, além de ações para a redução de riscos e prevenção de complicações, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu, em 2014, o Registro Nacional de Artroplastia, inserido no Registro Nacional de Implantes (Brasil, 2014).

Baseados em uma perspectiva internacional para a qualidade em cirurgias ortopédicas, pesquisadores afirmam que o cuidado é de primordial importância não só para os indivíduos, mas também para as instituições e para os financiadores da saúde. Os autores enfatizam que a mudança requerida é no sentido de satisfazer as expectativas não apenas relacionadas ao resultado final, mas ao processo do cuidar, que também deve ser considerado para o desfecho (Saleh *et al*, 2013).

Apesar da pouca atenção frequentemente dispensada às readmissões hospitalares (Kirby *et al*, 2010), enquanto resultado não favorável, elas se constituem uma preocupação mundial. Dados obtidos facilmente em sistemas hospitalares podem, ao mesmo tempo, tanto apontar deficiências no atendimento à saúde quanto permitir a discussão da resolutividade das ações envolvidas no cuidar (Borges; Turrini, 2011). Esse fato é confirmado por estudo com objetivo de caracterizar as razões, tempo e fatores associados às readmissões pós-operatórias em serviços do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade Cirúrgica do Colégio Americano de Cirurgiões. Além da detecção da ISC como razão mais comum (19,5%) para as readmissões em seis procedimentos diferentes, nas artroplastias de joelho e quadril, especificamente, a infecção constituiu-se no principal motivo de readmissão (18,8%) (Merkow *et al*, 2015).

Sob a ótica do indivíduo, estar em um hospital gera uma ruptura incisiva em seu cotidiano (Santos; Carlo, 2013), mesmo com todos os benefícios advindos dos

avanços científico e tecnológico para a recuperação da saúde (Sanches *et al*, 2013), significando estar em um ambiente hostil. Nele, potencializam-se a fragilidade física e a vulnerabilidade emocional diante de um problema de saúde, vivenciado na presença de outras pessoas, estranhas ao seu convívio. Isso requer aceitação, adaptação, submissão e resignação (Pupulim; Sawada, 2012), nos quais o indivíduo elabora e supera os conflitos daí decorrentes. (Santos; Carlo, 2013).

Quando os indivíduos apresentam ISC, incluindo o sítio ortopédico, observa-se que alguns recebem tratamento e cuidados em ambiente domiciliar e não necessitam de nova hospitalização. No caso de uma readmissão, decorrente de processo infeccioso, o tratamento pode ser conservador, por meio de cuidados com a ferida cirúrgica e uso de antimicrobianos, ou ainda pode ser necessário que se submeta a uma ou mais intervenções cirúrgicas.

Um estudo de Goveia *et al* (2015), sobre o perfil de pacientes submetidos à artroplastia de quadril em um hospital de ensino, apontou que a causa infecciosa foi observada em 54% das revisões operatórias. Vislumbra-se aí uma série de possibilidades que não atingem apenas o indivíduo, como complicações, aumento da permanência hospitalar e dos custos e, também, de óbitos associados.

Uma revisão da literatura, que confirmou a escassez de estudos pertinentes à readmissão por ISC, evidencia um maior número deles relacionados a cirurgias ortopédicas, provavelmente devido ao uso de bioimplantes. Tais pesquisas são caracterizadas, em sua maioria, pela descrição das complicações, do tratamento e dos custos envolvidos (Machado *et al*, 2013). Em contrapartida, um estudo de coorte realizado no estado da Flórida, nos Estados Unidos, com 27.019 indivíduos submetidos à artroplastia de quadril, encontrou a infecção como a principal causa de reinternações, mas sugere que taxas de readmissão por si só não refletem a qualidade da prestação de serviços (Lavernia *et al*, 2013).

O evento não esperado, ou seja, a presença de um processo infeccioso e, conseqüentemente, nova hospitalização, pode ser percebida como um desconforto de ordem física e/ou psíquica não só para o indivíduo acometido, mas para seu entorno, em função de aspectos específicos que envolvem o atendimento ortopédico: dor, amplitude de movimentos e mobilidade, que se traduzem em

resultado funcional (Hoang-Kim *et al*, 2014).

Portanto, dados de readmissão por ISC ortopédico, além dos tradicionalmente avaliados, são fonte de informação para a definição de ações de qualificação do cuidado cirúrgico. Saucedo *et al* (2014), ao analisarem os sujeitos que estiveram sob risco de novas internações, após 6.414 artroplastias totais primárias de quadril, entre 2006 e 2010, afirmam que as readmissões têm sido citadas como importante medida de qualidade.

Do ponto de vista técnico e de uma forma geral, as ações relacionadas à prevenção de ISC estão bastante consolidadas entre profissionais e instituições de assistência à saúde. Porém, quando a infecção acontece, parece paralisar aquele que cuida, especialmente quando sua formação é cartesiana e baseada no modelo biomédico. Carvalho *et al* (2015) apontam que o modelo centrado na doença impede o estabelecimento de uma postura acolhedora fundamentada em relação interpessoal.

Os protocolos ou diretrizes institucionais e os *guidelines* que contemplam a ISC poderiam incluir em seu conteúdo aquilo que é vivido pelo indivíduo exposto ao evento não esperado. Para Sanches *et al* (2013), além da assistência, é fundamental para a recuperação da saúde individual e coletiva um ambiente que propicie conforto, segurança e afetividade.

Dados epidemiológicos poderiam levar em conta não apenas números sobre saúde e doença, quando o ser humano é tomado apenas como portador de um agravo. Goidanich e Guzzo (2012) afirmam que as necessidades do homem não se restringem às questões orgânicas, sendo necessário que se transformem em demandas para que possam ser dirigidas ao outro.

Os impactos globais das infecções aparecem quando consideradas um fardo para os sistemas de saúde, em função da morbimortalidade (Leaper, 2013). No entanto, uma revisão da literatura sobre as características das investigações que abordam as readmissões por infecções ortopédicas não encontrou referências que avaliassem a repercussão do fato para os indivíduos envolvidos (Torres *et al*, 2015a).

Ressalta-se, ainda, que a maior parte delas contemplam aspectos quantitativos referentes a tempo de internação, fatores de risco, microrganismos prevalentes e custos resultantes (Rassouli *et al*, 2014; Schweizer *et al*, 2014; Dubory *et al*, 2015). Mortalidade e riscos associados também se constituíram foco do estudo de Souza *et al* (2015).

Todavia, qual seria, então, o impacto para aqueles que vivenciam a experiência da readmissão por ISC? Surge, portanto, a necessidade de compreensão de outras dimensões envolvidas.

Um estudo qualitativo, que analisou o conteúdo de quatorze depoimentos de indivíduos que desenvolveram ISC comprova essa necessidade. Detectaram-se sofrimento significativo com a dor, isolamento, insegurança e ainda alterações negativas nos aspectos econômicos, sociais, físicos e emocionais, sendo algumas delas duradouras (Andersson *et al*, 2010). Outros dezessete pacientes operados em três hospitais da Inglaterra relataram sentimentos de desespero e desejo de morrer ao descreverem como a ISC afetou sua vida e a de suas famílias (Tanner, *et al*, 2012).

O processo saúde-doença ultrapassa limites corporais, alcança espaços relacionados à vida, transcende a concepção de máquina corporal e sistema fisiológico. Ser é estar no mundo (Roehe; Dutra, 2014). Urge envolver outras dimensões que compreendam e caracterizem essa experiência (Silva *et al*, 2014).

Isso posto, torna-se necessário e relevante que a readmissão por ISC ortopédico possa ser conhecida e analisada na dimensão que inclua os significados para quem vivencia o evento. Profissionais de saúde devem conhecer os significados e o vivido nas readmissões, sobretudo quando decorrentes de infecções associadas aos procedimentos realizados em internações hospitalares anteriores. É a reflexão dessa história que está no passado que, sendo verbalizada, traz consigo experiências próprias, únicas, exclusivas. Também significa aproximar teoria e prática do “cuidar” para a Enfermagem por meio da compreensão dos fenômenos que impactam indivíduos, famílias e a saúde da comunidade como um todo (Paula *et al*, 2012).

O cuidado, nessa dimensão, ultrapassa a visão de realizar burocraticamente procedimentos e técnicas como parte do ofício, mas também envolve uma ação subjetiva, universal, solidária, ou seja, culturalmente respeitosa. O alicerce dessa construção ocorre por intermédio de um relacionamento interpessoal, que reflete o todo da comunidade onde esse indivíduo está inserido e sempre envolto em compaixão (Carvalho *et al*, 2015; Queiroz, 2015; Salbego *et al*, 2015).

A figura seguinte mostra de forma esquematizada os pontos principais da revisão da literatura sobre o tema.

Figura 2: Pontos principais da contextualização do tema. São Paulo, 2015.

3 Referencial teórico-filosófico

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O cuidado está presente na evolução dos tempos, desde que existe o ser humano que cuida, estima e tem apreço por seu semelhante. Contudo, é preciso refletir sobre a fragmentação de seu sentido, que o reduz apenas a tratar da doença, muito em função dos desafios de hoje, diante da modernização das Ciências e dos recursos tecnológicos, que promovem um cuidado segmentado e centrado na doença (Silva *et al*, 2009; Araújo *et al*, 2012; Silva *et al*, 2013).

Torna-se essencial que as discussões que envolvem o fortalecimento da prática com foco na integralidade da pessoa aconteçam em bases que considerem os aspectos históricos e filosóficos dos avanços, bem como os desafios da atualidade (Chianca; Tannure, 2014). Ao refletir sobre o cuidado de enfermagem nessa ótica, Oliveira e Carraro (2011) afirmam que olhar o que está em torno considera as experiências que dão sentido à vivência. Dessa maneira, é possível ir além do que está visível.

Para que tais reflexões e discussões na dimensão da integralidade do cuidado possam sempre estar à tona, é sabido que as pesquisas fortalecem os conhecimentos e conduzem ao aperfeiçoamento da prática. Tem-se observado um crescimento contínuo de estudos científicos na área da enfermagem (Miranda *et al*, 2013) que procuram compreender o ser humano em outras dimensões, além da doença (Graças; Santos, 2009). Essas são também denominadas esferas cuidativas e envolvem as estruturas psíquica, biológica, social e espiritual, presentes nas Teorias de Enfermagem (Chianca; Tannure, 2014).

Dentre as abordagens mais comuns não se pode deixar de ressaltar a observação de crescente utilização do método qualitativo na realização de pesquisas de temas relacionados ao cuidado em saúde.

A escolha da pesquisa qualitativa para o presente estudo deveu-se ao fato dessa abordagem contemplar o objeto de estudo que precisa ser entendido, no qual

as respostas são subjetivas, não se traduzem em números (Bosi, 2012), podendo, a partir daí, revelar o que de mais íntimo é vivido e experimentado pelos indivíduos e respectivos familiares.

A enfermagem no cuidado diário lida com questões existenciais e a fenomenologia se constitui importante embasamento na compreensão da realidade do pensar e do fazer. Essas dimensões extrapolam o cuidado físico apenas e constituem-se na pré-ocupação com o outro por meio de um novo olhar sobre o indivíduo e seu contexto (Gomes, 2014). Dessa forma, a enfermagem capacita-se a prestar uma assistência que contempla o homem como um todo, tarefa complexa por envolver questões multidimensionais e que necessita de recursos reflexivos propostos pela filosofia (Araújo *et al*, 2012).

Definir a abordagem qualitativa para o presente estudo aconteceu de forma quase espontânea, considerando-se a necessidade maior de buscar algo que não está exposto na sua simplicidade, mas sim, encoberto, escondido, disfarçado nos gestos, olhares e falas diante da experiência vivida. E, nesse contexto, tornava-se necessário optar pelo referencial filosófico que fosse capaz de mostrar o que estava latente ou contido nos depoimentos colhidos. A Fenomenologia surgiu como essa possibilidade.

A palavra Fenomenologia tem sua origem no grego e, etimologicamente, significa o estudo ou ciência do humano (Peixoto, 2011). Como método, exige atitude fenomenológica em busca da compreensão de mundo, tendo surgido no início do século XX, com Husserl, ao ampliar a noção da experiência (Guimarães, 2013). Essa atitude permite a manifestação das experiências, que não se mostram apenas em fatos, mas que se referem também à visão do objeto que se constitui na consciência (Josgrilberg, 2000; Baptista *et al*, 2011).

Na tarefa diária da assistência de enfermagem, percebe-se algo além das queixas de dor e da execução de procedimentos inerentes à atividade profissional. Há sentimentos e desejos de verbalizar sobre o que não se compreende muito bem. Às vezes, são até expressos, pelo que usualmente é denominado linguagem, mas não são entendidos como consciência de uma vivência que somente ao indivíduo pertence. No interior da linguagem, ocorre a interpenetração do dizer e do escutar,

intimamente relacionados ao falar e ao silenciar. O dizer envia algo e, ao mesmo tempo, recolhe; ao dizer algo, esvai-se a possibilidade do silêncio relacionado àquilo que se mostrou (Santos; Martins, 2014). Sobre as dimensões do falar, Castro (2014) ainda considera a dimensão da reflexão do ser que está na linguagem e que, ao mesmo tempo, habita o mundo já ocupado pela linguagem. Torna-se presente em si, no mundo e com os outros, constituindo-se um intersujeito.

Na questão da pesquisa atual, relacionada à vivência da readmissão em ambiente hospitalar para o tratamento de infecção pós-operatória em sítio ortopédico, a fenomenologia contribuiu para a compreensão do fenômeno tal como se deu para o indivíduo, tal como se revelou na linguagem (Guimarães, 2013).

Descobrir o que está além do que “parece e aparece” torna-se um desafio a cada dia. Deveria ser o que de mais importante sustenta o “cuidado”. À Fenomenologia cabe desocultar o sentido primitivo e formal do fenômeno, fazendo-o emergir das aparências imediatas e das interpretações que estão a dissimulá-lo (von Zuben, 2011).

Em um primeiro momento, essa compreensão se dá pela dimensão factual, referente aos depoimentos em si. Depois, pela hermenêutica, quando, a partir da interpretação e busca de significados, emerge o que estava velado e que se configura como fenômeno (Paula *et al*, 2012). Para Almeida (2014), a hermenêutica em Heidegger seria o método de interpretação da realidade que conduz à compreensão.

Procura-se, então, a compreensão do fenômeno “estar readmitido por infecção do sítio cirúrgico ortopédico”, a partir de respostas e reflexões coletadas nos depoimentos. No entanto, pode acontecer apenas aparentemente, caso não se busque a *coisa-em-si*, ou seja, o significado que não se mostra, que vela o fenômeno tal como ele é.

Fenômeno, segundo Heidegger (2011), deve ser compreendido como algo que se mostra em si mesmo, que constitui o ser, e assim entendido como um encontro e não um projetar-se para fora. Para o filósofo, compreender guarda em si a possibilidade de interpretação, que vem à palavra, pronuncia-se como fala, porém

as palavras não são dotadas de significado. Esse cuidado, a partir da tentativa de compreensão, está no sentido de contribuir para o outro vir a ser, sendo capaz de cuidar de si. O cuidado é sempre ocupação e preocupação e todos os comportamentos e atitudes seriam dotados de acurácia e dedicação.

Castro (2014), ao discutir a dimensão ontológica heideggeriana do “falar”, afirma ser uma sequência lógica o explicitar algo depois que se compreendeu, como se fosse um caminho natural, ou seja: estar diante de um fato, compreendê-lo e explicitá-lo por meio de pensamentos, palavras e ações. Heidegger (2011), no entanto, chama a atenção para o fato de que nem sempre palavras têm significado e esse significado gera as mesmas palavras ditas.

Assim sendo, justifica-se a opção pelo referencial da Fenomenologia existencial de Martin Heidegger, pois, além do cuidado, trabalha conceitos fundamentais para o fenômeno que se pretendeu desvelar neste estudo sobre as readmissões por ISC em ortopedia, sob o ponto de vista do indivíduo: medo, presença, temporalidade, morte. Para ele, a angústia de algo desconhecido torna possível o medo, que é uma ameaça futura do que não está presente, mas está pendente, e a morte é uma pendência do fim do *ser-para-o-mundo*.

O referencial teórico-filosófico de Martin Heidegger tem se mostrado consistente e adequado nas pesquisas da Enfermagem, em função de seus princípios humanistas e objetos de estudo, que envolvem teoria e prática do cuidado, na tentativa de compreender como os fenômenos impactam a saúde dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (Paula *et al*, 2012).

A partir dos conceitos citados, pode-se afirmar que, no que tange o medo, “ter medo” é diferente do “algo de que se tem medo” e “pelo o que se tem medo”. São perspectivas discutidas pelo filósofo sobre aquilo que ainda não é, sobre o que se aproxima, e que na proximidade pertence à estrutura daquilo que ameaça (Heidegger, 2011).

A cura, no sentido de ocupação, precisa de “tempo”, devendo, assim, “contar com o tempo”. A temporalidade não se conjuga no ontem, hoje e amanhã. O senso comum caracteriza a temporalidade em sequência de momentos, porém, a visão

seria primeiramente do que está por vir, em função do que já ocorreu (ficou atrás) e que desperta para a atualidade (Heidegger, 2011). A cotidianidade nesse estudo, inicialmente a vivência da readmissão, surge como um modo da temporalidade, e a presença do fenômeno readmissão se tornou mais transparente, o que permitiu compreender por que a presença (da readmissão) pode se tornar histórica. Heidegger (2011) vê o homem como passado, presente e futuro, sendo e estando a cada vez no tempo. O que será vivido no futuro imagina-se em função do que se vivenciou no passado e está no presente. E o futuro não pode ser vivido antes de se tornar presente.

Nogueira (2011) afirma que, a partir do entendimento de Heidegger de que a enfermidade deve ser analisada fenomenologicamente como privação da potencialidade de ser, estaria rompida a base cartesiana da Medicina que analisa a doença apenas a partir do corpo físico; e o corpo e suas mudanças patológicas são apenas uma das bases para que o *ser-aí* (*Dasein*) se compreenda na privação da saúde. É desvendar o ser como tal se dá.

A privação da potencialidade de ser também pode significar a morte, o fim. Heidegger (2011, p.335) afirma que a morte é a “possibilidade mais própria, irremissível, certa e, como tal, indeterminada e insuperável da presença. E, enquanto fim da presença, ela é e está em *ser-para-o-fim*”.

Compreender o ser humano na potencialidade de *ser-aí*, experimentando estar readmitido por ISC ortopédico, torna-se um exercício do cuidado. Roehe e Castro (2014) afirmam que o ser humano é indissociável do mundo e que este ser no mundo é o primeiro passo para o entendimento do ‘*ser*’ do homem. Essa vivência implica as relações estabelecidas entre ele e o mundo da readmissão circundante. Para Heidegger (2011), somente quem já compreendeu é que poderá escutar, sendo a linguagem o pronunciamento da fala, que constitui a existência da presença, a abertura do *ser-no-mundo*, onde compreender não surge de muitas falas nem de muito escutar por aí.

González *et al* (2012) enfatizam que Heidegger diferencia mostrar-se e manifestar-se. Considera que a manifestação - anunciar-se - é dependente do fenômeno e, dessa forma, seria possível a compreensão de que o fenômeno é o que

se mostra e o como se mostra. Seria o anúncio de algo que não se mostra através de algo que se mostra.

Nas relações vivenciadas no ambiente de trabalho, ouve-se muito a expressão: “a doença manifesta-se desta forma”. O dominante universo dos profissionais de saúde utiliza a palavra manifestação como aquilo que se mostra objetivamente em relação à patologia. Para Heidegger (2011), são apenas indícios de algo que em si mesmo não se mostra.

Existem duas dimensões em Heidegger para o entendimento do ser: a ôntica e a ontológica. A primeira refere-se ao fato em si, que remete ao *ente*, um quê conhecido que pode ser conceituado e que aparece nos depoimentos. Já a dimensão ontológica remete ao um quem desconhecido, apresenta uma interpretação, revelando sentidos. Inexiste distância entre as duas dimensões (Heidegger, 2011). No presente estudo, encontram-se indivíduos readmitidos por infecção pós-operatória ortopédica (dimensão ôntica), que vivenciaram a readmissão pela infecção (dimensão ontológica).

O ente não se define como objeto ou coisa, ou pessoa que se conhece. Comporta-se como tudo que se mostra quando se ocupa e se pré-ocupa com o mundo circundante (Heidegger, 2011).

O cuidar em enfermagem, ou o se pré-ocupar, torna-se um desafio ao tentar romper paradigmas, no sentido de compreender o outro para além de tarefas rotineiras, de aproximar o enfermeiro e sua equipe do ouvir, permitindo a esse indivíduo participar e expressar sentimentos, opiniões e decidir sobre possibilidades de sua existência (Silva *et al*, 2013). De outra forma, seria permitir àquele que recebe o cuidado a possibilidade de compreender os entes de seu mundo circundante.

O desafio posto é o *ter a ver com* (Heidegger, 2011), o desvelamento da readmissão por ISC ortopédico, que estaria velado frente ao que se mostra. Espera-se com o estudo ultrapassar a dimensão das palavras e fatos relatados (ôntica) e atingir a dimensão do pensamento e da compreensão (ontológica).

González *et al* (2012) afirmam que, ao mesmo tempo, a experiência mostra-

se diretamente, constituindo um sentido para quem a vivencia. No entanto, o sentido pode estar encoberto e ser esquecido, não compartilhado. Essa possibilidade de esquecimento por conta do velamento tornou-se o objeto da fenomenologia.

Entre os termos ‘velado’ e ‘escondido’, o primeiro é o mais adequado para o entendimento do que se mostra e da forma de ser do ente denominado readmissão por infecção. O que se mostra, para Heidegger (2011), não é um mostrar-se qualquer, não significa manifestação, e sim o sentido do ente, suas modificações e derivados.

Heidegger (2011) considera que o ser não é um ente, pois ser não se determina e não se define a partir de conceitos pré-existentes. Exige-se, portanto, a busca de um sentido para ser, pois está sempre envolto em obscuridade.

O indivíduo readmitido com infecção apresenta-se em sua própria maneira de ser no mundo, o que é nomeado por Heidegger (2011) como *Dasein* (*Ser-aí*). À Fenomenologia caberia desvelar o fenômeno que estaria encoberto pelo conteúdo manifesto.

Estar novamente internado não é imaginado pelos indivíduos. É do senso comum a vinculação do ambiente hospitalar com sofrimento e dor. Observa-se que a maioria das relações entre profissional de saúde e paciente acontece de forma superficial e focada na doença, fato decorrente do modelo biomédico hegemônico. Informações sobre possíveis complicações, quase sempre, são negligenciadas, posto que implicam respostas de caráter subjetivo, o que exige uma abordagem que transcende ao tecnicismo.

No estudo presente, seguiu-se o caminho que permitisse uma análise compreensiva da experiência da readmissão por ISC ortopédico.

4 Caminho metodológico

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 CENÁRIO

A investigação para este trabalho foi realizada em um hospital público do Estado de Minas Gerais. Trata-se de um hospital geral, que desenvolve atividades acadêmicas e que contempla todas as especialidades médicas: realiza, em média, 1200 cirurgias mensais, de todas as especialidades e portes (classificação que relaciona risco e tempo cirúrgico) e potenciais de contaminação (limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada).

Encontra-se estruturada para atender consultas de retorno cirúrgico para todos os indivíduos ali operados, possui CCIH em conformidade com as normas da Vigilância Sanitária estadual e municipal e utiliza critérios definidos pelo CDC para a vigilância das IRAS.

O hospital é classificado como terciário no modelo brasileiro de atenção à saúde, sendo uma instituição de referência para o conjunto de funcionários públicos estaduais, por ser o único da rede própria. Os demais serviços de saúde que atendem o funcionalismo estadual estabelecem convênios com o Instituto de Previdência dos Servidores. Dessa forma, não é incomum que os indivíduos atendidos nesse hospital de referência venham de todas as partes do estado de Minas Gerais.

As enfermarias são de dois ou três leitos e, sempre que possível, patologias semelhantes são agrupadas em um mesmo ambiente. Em torno de 30% das cirurgias realizadas são da especialidade ortopedia e seus pacientes ocupam, preferencialmente, uma das alas do terceiro andar da instituição, onde se deu o presente estudo. A referida unidade hospitalar foi reformada e adaptada para a maioria das necessidades de indivíduos que ficam imobilizados por longos períodos. Também possui sala de espera confortável e salas anexas para atendimentos

multiprofissionais e procedimentos médicos mais complexos, respeitando-se a individualidade e/ou restrição necessárias.

Paula *et al* (2014) afirmam que a escolha dos cenários deve estar diretamente ligada ao objeto de estudo e é nele que acontecem a aproximação e a ambientação. Estas devem ser entendidas como etapas que concorrem para conhecer e ser conhecido, estabelecer e manter compromissos, no sentido de facilitar o encontro com a singularidade, com os momentos de silêncio nos depoimentos, nesse difícil exercício da escuta.

Todos os encontros foram realizados à beira do leito, considerando que nenhum dos indivíduos aceitou a proposta de outro local, na mesma unidade de internação, como, por exemplo, as salas citadas anteriormente. Mesmo quando questionados em relação à privacidade e ao conforto para o momento proposto, houve unanimidade ao defenderem que se sentiriam melhor em seu leito. Dois dos depoimentos aconteceram em quartos de isolamento de contato. Os demais aconteceram nas próprias enfermarias.

Os fatos acima podem ser justificados por existir, na instituição, certa familiaridade dos beneficiários com o “seu” hospital. Certamente, por ser a única instituição hospitalar da rede própria estadual que atende não somente o indivíduo, mas sua família e conhecidos, desde que na condição de servidores públicos.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte da pesquisa indivíduos submetidos à cirurgia ortopédica nessa instituição e readmitidos por ISC ortopédico.

Foram estabelecidos, como critérios de inclusão, que os participantes deveriam ser adultos, maiores de dezoito anos, terem retornado ao hospital com indicação de reinternação para tratamento medicamentoso ou para nova cirurgia em razão de ISC ortopédico, e terem sido operados (primeira intervenção cirúrgica) na

mesma instituição. O ponto de partida para a seleção dos indivíduos foi o diagnóstico de ISC pela CCIH, que adota critérios que seguem definições internacionais (NHSN, 2013).

Os critérios do NHSN e adotados na vigilância epidemiológica das infecções pós-operatórias na instituição, consideram a vigilância, por noventa dias, para cirurgias ortopédicas que envolvam próteses de joelho e quadril, além das reduções abertas de fratura para infecções incisionais profundas e de órgãos e espaços; e, por trinta dias, para as infecções incisionais superficiais.

Foram excluídos aqueles admitidos para outras especialidades cirúrgicas que não a ortopedia, em virtude do objeto de estudo. Também foram retirados do estudo os indivíduos internados na clínica ortopédica dessa instituição que foram operados em outro hospital, por não ficar configurada a readmissão, e sim a primeira admissão nesse serviço. Da mesma forma, não foram colhidos os depoimentos de crianças, por entendermos ser outro universo de estudo e, por isso, a idade limite mínima de 18 anos.

Os participantes do estudo foram identificados com a letra P de “participante”, seguida de números atribuídos a cada um deles.

Não houve estabelecimento prévio no número de depoentes, visto que a coleta de dados foi encerrada quando passou a acontecer a repetição do conteúdo significativo nos depoimentos obtidos, ou seja, quando as inquietações haviam sido atendidas e o objetivo alcançado.

Em todo o processo, foram realizadas doze entrevistas, porém uma delas foi descartada, pois, apesar de haver concordado a princípio, ao final do encontro o depoente recusou-se a participar. Todos os procedimentos para a tomada do depoimento foram os mesmos utilizados para todos eles. Sendo assim, participaram do estudo onze indivíduos.

A primeira informação que indicaria os possíveis participantes surgiu dos relatórios de infecção emitidos pela CCIH e, em seguida, avaliavam-se os critérios de inclusão e exclusão acima especificados. A título de informação, os enfermeiros da CCIH identificam as ISC por meio de busca ativa nos leitos hospitalares e

acompanham os exames microbiológicos realizados no laboratório da instituição, o que permite apresentar à comunidade assistencial os dados mensais que contêm incidência e prevalência das IRAS.

Encontram-se detalhados, a seguir, os passos para a coleta de dados, desde a identificação dos indivíduos com ISC ortopédico, a partir do diagnóstico pela CCIH, até a análise do enquadramento nos critérios de inclusão, a aproximação do pesquisador e a gravação dos depoimentos.

4.3 PASSOS PARA A COLETA DE DADOS

Primeiramente, os relatórios da CCIH foram avaliados e conferidos pelo pesquisador, junto ao sistema de informações hospitalares, quanto aos dados da admissão na primeira internação (datas de admissão e alta), aos registros decorrentes da intervenção cirúrgica (data e especialidade médica), e da readmissão (data de readmissão e especialidade médica). Essa conferência deu-se para verificação e confirmação do diagnóstico de infecção hospitalar e do atendimento aos critérios de readmissão por ISC ortopédico.

Em seguida, realizou-se o primeiro contato com cada indivíduo, na unidade de internação, onde havia sido readmitido, para aproximação do pesquisador, apresentações necessárias, e também para a primeira abordagem em relação ao estudo. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), que descrevia a motivação, os objetivos e os passos para a concretização da investigação, que foram explicados e, após concordância e assinatura do referido documento, agendou-se o próximo encontro para o depoimento gravado.

A autorização para a gravação eletrônica nos encontros também constou no TCLE. Apenas um dos indivíduos solicitou um tempo maior para analisar o documento de consentimento e refletir se participaria ou não da pesquisa. No dia previamente marcado para o encontro, apresentou a sua concordância e o termo

assinado.

Assim, os depoimentos foram agendados após visitas de aproximação do pesquisador com o indivíduo readmitido, em oportunidades e horários em que não estivesse exposto a situações constrangedoras, como cuidados de enfermagem ou procedimentos médicos. Essa atitude decorreu da eventual exposição que naturalmente ocorre ao expressar sentimentos, às vezes íntimos, relacionados a essa nova internação, sendo necessária a garantia da privacidade.

Vale ressaltar que o fato de o pesquisador ser enfermeiro na mesma instituição cenário e já ter atuado na assistência proporcionou, certamente, maior proximidade. A enfermagem tem como objeto o cuidado ao ser humano e destaca-se entre as outras profissões da saúde por manter mais proximidade com os participantes de pesquisa, quando esta é a ocasião (Miranda *et al*, 2013).

Entende-se ter sido fundamental a preocupação com a empatia, compreendida como a capacidade de sentir o que sentiria, caso estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa, não sendo obrigatório e/ou necessário passar pela mesma experiência. Isso possibilita um clima favorável para intensificar a verbalização durante o depoimento, por meio da descrição vivencial do fenômeno, para se alcançar a expressão de significados (Paula *et al*, 2014).

No momento agendado para o depoimento, procurou-se o melhor posicionamento, sempre à frente do indivíduo, enfatizando-se, mais uma vez, a questão do sigilo em relação à gravação. Houve ênfase também na orientação de que seria feita a pergunta, também denominada questão norteadora, e que poderia ser utilizado o tempo que precisasse para sua exposição, da forma como entendesse melhor.

Para desvelar o fenômeno da readmissão por ISC ortopédico, utilizou-se a seguinte questão norteadora: *Como é, para você, estar readmitido por infecção em sua cirurgia ortopédica?*

A questão norteadora para Gil e Yamauch (2012) permite o início do diálogo, possibilita novas formulações necessárias para retomada do foco e deve permitir

liberdade para a expressão. Durante o estudo, apenas em dois momentos foi preciso retomar a questão norteadora, com o cuidado de se buscar permanentemente uma atitude fenomenológica, ou seja, aproveitando-se das últimas palavras ditas, lançar novamente a pergunta iniciada por “como” e não com “o que” ou “por que”. Paula *et al* (2014) afirmam que, ao tentar retomar ou aprofundar o que é pertinente ao horizonte do objeto de estudo durante um depoimento, o uso de “o que” restringe aquilo que pode ser dito. Aí se coloca a importância da atenção durante a tomada dos depoimentos.

Os encontros individuais foram conduzidos total e integralmente pelo pesquisador. A princípio, foram realizados dois encontros, com diferentes pessoas readmitidas por ISC ortopédico, para avaliação da pertinência da questão na descrição das vivências individuais sobre o objeto de estudo. Esses discursos somente não seriam considerados caso houvesse necessidade de alteração da questão norteadora previamente formulada. Como não foram necessárias quaisquer alterações, os depoimentos foram considerados e estava, portanto, iniciada a fase de coleta de dados.

A entrevista aberta foi utilizada para a tomada dos depoimentos, pois, por meio da linguagem e de ressignificação das experiências vividas, torna-se possível conhecer a história de vida e o significado para os indivíduos. Não houve a interferência do pesquisador, que apenas direcionava para o foco inicial, quando necessário, e as respostas foram gravadas e transcritas.

O tempo de duração dos encontros respeitou o desejo de expressão em relação ao tema e o indivíduo também pôde encerrá-lo quando assim o desejou, algumas vezes com visível emoção. Em média, duraram de 30 a 45 minutos, exceto um deles, que ultrapassou 60 minutos. Os relatos foram fielmente transcritos pelo pesquisador, logo após a gravação eletrônica, a fim de permitir a captação, com riqueza de detalhes, da experiência, do sentimento e da percepção sobre estar novamente internado após cirurgia ortopédica que evoluiu com infecção.

Os dados foram coletados em duas fases. A primeira entre março e outubro de 2014 e, a outra, entre fevereiro e abril de 2015, considerando a necessidade de se alcançar o objetivo proposto, coletando-se mais alguns depoimentos.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Finalizado cada depoimento, realizou-se a transcrição na íntegra de cada um deles. Em seguida, a leitura repetida proporcionou a visão, por vários ângulos, de uma série de situações, palco da experiência dos indivíduos readmitidos. Mesmo sendo parte do cotidiano do enfermeiro, quando se detém sobre as falas, percebe-se mais, muito mais: medos, angústias, esperanças que se entrelaçam e evidenciam algo íntimo e, às vezes, ainda não refletido por eles próprios.

No entanto, a maior preocupação nessa fase foi não interpretar, não partir de pré-conceito do que havia sido verbalizado. Parece ter sido o exercício mais difícil. Nossa própria história, nossas experiências provocam, ou melhor, desafiam-nos, o tempo todo, a buscar “o como seria se fôssemos nós”. Assim sendo, a leitura incessante das falas transcritas produz a sensação de que não é nossa, e sim do outro, a experiência ao viver a readmissão.

Nesse estudo, utilizou-se o referencial metodológico de Josgrilberg (2000) e, para atender a esse referencial, buscou-se identificar nos depoimentos as *unidades de sentido* mais significativas em relação ao objeto e ao objetivo do estudo.

Josgrilberg (2000) defende a delimitação rigorosa do tema de estudo para tecer um pano de fundo sobre as unidades de sentido dos depoimentos, evitando-se um número excessivo delas, o que dificulta a análise em profundidade. Unidades de sentido são consideradas as expressões ou frases que têm, em seu conteúdo, um significado para as experiências, tratando-se aqui, especificamente, dos indivíduos readmitidos por ISC ortopédico.

A leitura cuidadosa proporcionou a extração daquelas unidades de sentido em cada discurso, em parágrafos inteiros ou em frases. Dessa forma, puderam ser recortadas do conjunto e identificadas, a fim de que, no momento da Unificação Ontológica, ou seja, do agrupamento com as unidades de sentido de outros depoimentos, não se perdesse o autor da expressão.

As unificações ontológicas, também denominadas categorias temáticas, são

obtidas a partir da interrelação entre as unidades de sentido de cada depoimento, interligando sentidos desvelados pelos indivíduos. Isso pressupôs, desde o início, que essa categorização permitisse a seleção, fenomenologicamente orientada, das unidades de sentido mais relevantes de uma determinada fala.

Após a organização de todos os agrupamentos, procedeu-se à análise de cada uma das unificações ontológicas extraídas dos discursos dos indivíduos readmitidos por ISC ortopédico. Para esse estudo, as unificações ontológicas foram denominadas “categorias”.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo seguiu orientações expressas da Resolução do Ministério da Saúde, de número MS 466/2012 (Brasil, 2012), que trata de pesquisas com seres humanos, e parecer/aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob o número 527.293 (Apêndice E), além da anuência da instituição de assistência à saúde, onde ocorreu a coleta de dados (Apêndice D).

Aspectos éticos fundamentais, que merecem destaque neste estudo, foram a garantia de que não haveria discriminação na seleção dos indivíduos participantes, os quais não estariam expostos a riscos, exceto o desconforto de conceder um depoimento, no qual haveria a verbalização de sentimentos, impressões e desejos; e estaria garantida a privacidade dos mesmos e de seus relatos. Todos esses pontos aconteceram conforme previsto.

Houve o preenchimento do TCLE e, além disso, foi assegurada a preservação dos dados, sua confidencialidade e o anonimato dos indivíduos pesquisados, os quais não foram identificados nominalmente. Os registros gravados e as transcrições dos depoimentos terão sigilo resguardado pela pesquisadora por um período de cinco anos e, em seguida, serão incinerados.

O estudo teve seu início determinado imediatamente e somente após o parecer favorável no referido CEP da EEUSP e da autorização da instituição hospitalar coparticipante, formalizada após a entrega da carta de anuência da instituição (Apêndice B), procedimentos esses subsequentes ao Exame de Qualificação do projeto de pesquisa junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da EEUSP.

Na próxima figura, encontra-se a síntese do caminho metodológico da pesquisa.

Figura 3: Caminho metodológico do estudo. São Paulo, 2015.

5 Resultados

5 RESULTADOS

A condução da presente investigação deu-se a partir do objeto de estudo definido, isto é, do fenômeno a ser desvelado, por meio das perguntas da pesquisa, que culminaram na questão norteadora, realizada por meio de entrevistas, para atingir o objetivo proposto.

Antes da apresentação de seus resultados considera-se relevante, também, mostrar, de uma maneira breve, algumas características de cada um dos onze participantes e o conteúdo expressivo de seus depoimentos. Entende-se por conteúdo expressivo a mensagem que se quer passar, ou por uma frase curta ou por linguagem corporal, e que sustenta todo o depoimento (Oliveira, 2012).

- P1: Professor de nível médio, com dois vínculos de trabalho; sexo masculino, 35 anos, casado, dois filhos e vítima de acidente automobilístico no interior do estado. Informou ter sido atendido em um serviço com condições não específicas para a gravidade do seu quadro. Estava, por ocasião do depoimento, há dez meses em tratamento e foi capaz de analisar os fatos por diversos ângulos: familiar, pessoal e financeiro. Estava sendo acompanhado por sua mãe, em um quarto privativo por estar infectado por microrganismo multirresistente, sob vigilância epidemiológica. Politraumatizado, ele repetiu por diversas vezes a palavra frustração para nomear o cuidado, de forma desastrosa, recebido desde o acidente até chegar na instituição em questão. Como conteúdo expressivo, destaca-se a ênfase dada à palavra “frustração”, repetida por diversas vezes durante seu depoimento. Frustração em relação ao primeiro atendimento, ao tempo de enfermidade e às experiências assistenciais a que se sentia submetido. A palavra “frustração” se repetia sempre em tom mais alto e mais lentamente. A primeira frase foi:

“Penso que a palavra que resume o que estamos completando com dez meses de hospitais, a palavra [...] que resume tudo [...] é frustração.” (P1)

- P2: Aposentado, sexo masculino, 71 anos, casado, acompanhado da esposa e, no dia do depoimento, ansioso pela chegada de um dos quatro filhos, que viajaria durante oito horas do interior para a capital, no intuito de um revezamento com a mãe, que há dois meses permanecia no hospital. Há cerca de três semanas ocupava um quarto privativo, em função de colonização por microrganismo multidrogarresistente. Relatou, por diversas vezes, a experiência de outros pacientes em pior estado e como se acostumou ao que se lhe apresentava no decorrer da internação. A ansiedade em relação a caminhar para a cura e receber alta revela-se como conteúdo expressivo:

“A gente sente, mas fica calado e após essa cirurgia [...] a ansiedade é grande, para logo resolver tudo [...] agora depois da cirurgia sabemos que a cada dia que passa está diminuindo um dia para ir embora para casa.” (P2)

- P3: Senhora aposentada, 63 anos, vinculada como servente em escola pública, numa cidade do interior do estado. Casada, três filhas, mas vive apenas com o marido na zona rural do município. Internada há dois meses e, apesar de sua simplicidade e pouca escolaridade, destacou-se como conteúdo expressivo nesse depoimento a sua compreensão sobre alguns detalhes de seu tratamento, por exemplo, as coletas de material biológico para cultura laboratorial e as drenagens cirúrgicas. O gestual e o vocabulário relacionado às características da secreção de sua ferida cirúrgica confirmaram isto:

“[...] no dia da cirurgia, estava com muita secreção e [...] fazendo o curativo [...] Agora até já melhorou, estava marejando muito pouco e fui desenrolando (a gaze) e mostrando para ele (médico) [...] que melhorou. Mas não sei como vai ficar minha situação (silêncio) eu fiquei com medo de [...] ter que fazer outra cirurgia [...].” (P3)

- P4: Senhora de 54 anos, do lar, casada, quatro filhos, residente no interior do estado de Minas Gerais, distante cerca de 450km da capital. Um de seus filhos é médico e fazia a interlocução entre ela e os médicos assistentes, durante os dois meses em que se encontrava ali. Relatou uma confiança muito grande nas

avaliações de seu filho em relação ao tratamento e condutas definidas pela equipe. Ficou evidente como conteúdo expressivo no seu depoimento o incômodo pelo fato de desconhecer se voltaria às suas atividades normais, tendo citado enfaticamente a dança como uma de suas atividades de lazer, momento em que se emocionou:

“Depois, agora, estou aqui, estou meio apreensiva, [...] eu me acho nova, eu amo a vida (começou a chorar), [...] ainda quero aproveitar muito a vida, [...] gosto de dançar, de passear, de viajar [...] (chorou e ficou em silêncio por alguns minutos).” (P4)

- P5: Senhora viúva, de 75 anos, sem filhos e residente há aproximadamente 200km de Belo Horizonte. Aparentava ser muito simples e estar envergonhada em dar o seu depoimento. Antes de iniciar, disse que “gostava muito de tudo, do hospital e dos médicos”. Completava 45 dias de internação e seu conteúdo expressivo se traduziu na grande confiança em Deus, de que todos eram bons e que seria operada em breve, assim tudo se resolveria:

“Aqui no hospital [...] meu médico é Dr. aa (citou o nome) e Dr. bb (idem). Muito bons [...] e estão escolhendo o melhor remédio para minha infecção. Tenho certeza disso. Eles são bons demais [...]. Eles estudaram muito. Ser médico é difícil. E, no fundo do meu coração, tenho certeza de que estão cuidando bem de mim. Alguma coisa dentro de mim fala isso.” (P5)

- P6: Jovem estudante, de 19 anos, solteira, sem filhos, vítima de acidente motociclístico e que informou ter sido atendida no Pronto Socorro de referência na capital para grandes traumas. Completava quinze dias de internação e sua avaliação, por estar internada novamente, é de que teria sido mal atendida na urgência, tendo como consequência a infecção cirúrgica. Sua maior preocupação, por ocasião da segunda cirurgia, era se perderia a perna e, quando chegou nessa parte, preferiu encerrar o encontro. Nesse depoimento, destaca-se como conteúdo expressivo a alteração no semblante ao se referir à possibilidade de perder a perna por causa de um profissional desqualificado, em sua avaliação:

“Eu operei de joelho e minha cirurgia foi por causa de um serviço mal feito de um médico que decerto não deveria nem ser médico [...] devia escolher outra profissão [...]” (P6)

- P7: Dona de casa, 69 anos, casada, quatro filhos, procedente do interior de Minas Gerais e que esteve no hospital pela primeira vez por ocasião de sua artroplastia de quadril, cinco meses antes da atual hospitalização. Apresentava-se preocupada pelo fato de os filhos faltarem ao trabalho para revezar o acompanhamento hospitalar. Há duas semanas internada, mostrou-se inconformada com a sua situação e informou que na oportunidade de avaliar outro problema de saúde, com um profissional médico, aproveitou para esclarecer o que considerou uma “luta para não acontecer” a sua infecção. Mas o novo médico confirmou e ela, então, considerou ser melhor fazer o tratamento. Nesse depoimento, destaca-se como conteúdo expressivo a desconfiança nos profissionais por ocasião do diagnóstico:

“Eu falava para o médico: “tem alguma coisa errada, está dando problema, pelo amor de Deus”. Mas ele falava: “não é nada, você está até andando bem”. É, mas a questão não é só andar bem, é preciso estar bom de verdade, sem doença! [...] Eu usava antibiótico e nada resolvia, e ele (o médico) insistindo comigo em não fazer cirurgia. [...] marquei com outro médico [...] e pedi uma opinião [...]” (P7)

- P8: Senhora aposentada, 63 anos, casada, dois filhos; um dos filhos casado e um neto residem com ela. Estava há quarenta dias internada e havia uma preocupação marcante em seu depoimento, identificada como conteúdo expressivo: o andamento das atividades do lar sem a sua presença, pois se responsabilizava por praticamente tudo na casa:

“[...] a gente fica imaginando a casa [...] as coisas, comida, roupa [...]. Três semanas na casa da gente, lidando o dia inteiro, é uma coisa, mas três semanas aqui, sem fazer nada, pensando [...]” (P8)

- P9: Sexo masculino, 62 anos, casado, três filhos, aposentado, pós-operado de artroplastia de quadril e internado novamente há três meses. Sua esposa estava em sua companhia e recebia com frequência a visita dos dois filhos, que moram em Belo Horizonte. Embora aposentado, informou trabalhar na lavoura, num “pedaço de terra” e que precisava retornar ao cultivo de seus legumes e verduras, fato que o

preocupava. Informou que quando surgiu a complicação foi ao Posto de Saúde de sua cidade, que o orientou a procurar seu médico. Essa informação fez com que verbalizasse aquilo que se destacou como conteúdo expressivo em seu depoimento: a associação entre procurar o médico e complicação, dor e sofrimento:

“Falaram para eu retornar no médico que tinha me operado. Aquilo já deixa a gente com a pulga atrás da orelha. Voltar no médico já significa problema e problema significa confusão.” (P9)

- P10: Jovem agricultor, de 27 anos, sexo masculino, solteiro e filho de pais mais idosos. Permanecia há trinta dias internado e dizia ser responsável por parte das questões financeiras da casa. O pai produz verduras e ele faz a distribuição para os locais de revenda. Usa bicicleta para seu meio transporte e mostrou-se apreensivo em relação ao futuro financeiro de sua família se não pudesse mais exercer tal atividade. Foi o único indivíduo a verbalizar preocupação em relação à questão afetiva. Sua namorada também dependia do uso de sua bicicleta para os encontros, há cerca de dois anos. O conteúdo expressivo evidenciou-se por meio de um sorriso desconcertado ao relatar que seu relacionamento caminhava para o casamento:

“E ainda (sorriu desajeitado) tem [...] minha namorada [...] acho que vai dar casamento [...].” (P10)

- P11: 55 anos, sexo masculino, microempresário de calçados numa cidade pequena do interior, casado. Pensava em se aposentar quando precisou fazer a cirurgia no quadril. Há três meses internado novamente, relatou não ter filhos, mas cuidar indiretamente de uma sobrinha que teria lhe pedido emprego em sua loja de calçados. O conteúdo expressivo de seu depoimento surge na reflexão de que certamente teria, por causa da internação, de contratar alguém:

“Nossa, você está me fazendo pensar numa coisa que nessa conversa não sei resolver [...]. Tem uma sobrinha que já me pediu para trabalhar lá comigo, quem sabe, chegou a hora.” (P11)

A partir da leitura cuidadosa de todos os depoimentos, extraiu-se o que de mais significativo se relacionava ao objeto de estudo, denominado unidades de sentido, que desvelaram o *ser-aí-readmitido* por infecção pós-operatória ortopédica. As unidades de sentido foram, então, agrupadas nas seguintes unificações ontológicas ou categorias: *Sentindo-se inseguro e com medo*; *Sentindo-se frustrado*; *Percebendo o tempo que passa*; *Relações sociais sendo comprometidas*; *Percebendo-se descuidado* e *Apegando-se a Deus*.

5.1 SENTINDO-SE INSEGURO E COM MEDO

A insegurança é concretizada nas afirmações sobre não saber aquilo que poderia ou que iria acontecer. Surgem reflexões a respeito desse desconhecimento, relacionadas à imaginação de uma série de situações, na maioria das vezes, consideradas por eles, piores do que as vivenciadas:

“Voltei no pronto socorro e quem me atendeu não foi quem me operou. E o médico disse: “Ih! Complicou”. Você não imagina o que é escutar isto, passa um mundo inteiro na sua cabeça. E estou aqui presa nessa cama, com soro e antibiótico, já mexeram aqui duas vezes (aponta o local da infecção), mas pelo menos não precisei operar de novo. O médico disse que a infecção está cedendo, mas é difícil acreditar. A gente não vê, não é? Dá certo medo em relação ao que pode acontecer.” (P8)

Alguns experimentam sensação de desespero:

“Eu pensei [...] agora eu não sei, comecei a chorar, não queria mais comer, achei que ia morrer [...]. você fica sem chão, sem lugar, sem saber o que faz, para aonde vai [...].” (P3)

Às vezes, a insegurança é traduzida pelo medo do que ainda não é presente: da possibilidade de sequelas e, também, da própria morte:

“Nessa hora, a gente fica com muito medo: todo mundo precisa muito das pernas, mas pernas boas. Fiquei com medo de problema, daqueles problemas de deixar com defeito, ou mancando [...] o pior ainda seria morrer, não é?” (P7)

“A primeira informação é que em dois a três dias estaria em casa. Até saí (do hospital), fui para casa, mas [...] depois começou a ficar vermelho aqui (mostrou a cicatriz cirúrgica) e começou a vazar. Nossa [...] já imaginei milhões de coisas [...] até dar tudo errado e [...] perder a perna. A gente pensa isso sim. É o pior, não é? Mas a gente pensa.” (P10)

O fato de não saber sobre o futuro é referido como insegurança em relação ao que ainda pode ser proposto:

“Agora até já melhorou, estava marejando muito pouco e [...]. mas não sei como vai ficar minha situação [...] eu fiquei com medo de ficar mexendo, ter que fazer outra cirurgia.” (P3)

“O que ainda pode acontecer comigo? Não sei. Parece que está melhorando, mas a gente tem até medo de olhar e ver se está mesmo.” (P9)

A insegurança vai crescendo à medida que se vivencia novamente a experiência semelhante à anterior e os indivíduos afirmam encontrar-se muitas vezes sem respostas, para si e para os seus:

“Não é nada fácil [...] (silêncio) [...] Sabe por que não é fácil? Porque você ia querer estar noutro lugar [...] aqui é muito sofrimento. Primeiro porque não se sabe o que vai acontecer [...] estou aqui há duas semanas, por causa de uma queda de bicicleta quando quebrei a perna. Estou preocupado se [...] quando [...] sei lá se vou conseguir andar de bicicleta de novo. É muito ruim mesmo. Não queria estar aqui. O medo não sai de perto da gente.” (P10)

“Bom, como a gente quer ficar bom, fiquei no hospital de uma vez, mas quando a gente chega ao quarto vem tudo na cabeça da gente: quando será que vou embora? Dá muita insegurança, não é fácil, não... Hoje mesmo tem visita. E o que vou dizer? Quando vou voltar?” (P9)

Aquilo que supostamente pode ser perdido se traduz em medo que incomoda e, algumas vezes, impede o indivíduo de verbalizar:

“Ficar de novo no hospital é ruim, porque deixei de fazer muita, mas muita coisa mesmo que eu fazia, mas eu estava com muito medo de perder a perna. O impacto é grande e a cabeça se enche de coisas [...] Fiquei com medo de tudo, mas principalmente de perder a perna [...]. não quero mais falar, desculpa [...] mas me incomoda muito, pois ainda tenho medo [...] e é ruim falar disso [...]” (P6)

Atividades que faziam parte do cotidiano, incluindo as geradoras de prazer, preocupam os indivíduos, gerando insegurança e medo em não voltar a vivê-las:

“[...] mas espero mais uma vez sair dessa, porque eu me acho nova, eu amo a vida (começou a chorar), eu ainda quero aproveitar muito a vida, eu gosto de dançar, gosto de passear, de viajar [...] (chorou e ficou em silêncio por alguns minutos).” (P4)

Mudanças já são percebidas pelos próprios indivíduos, mesmo quando significam para eles adaptação na realização das atividades da vida diária:

“O quadro infeccioso, o ir e vir mudou o meu viver, então assim, sou completamente diferente da pessoa agitada que eu era antes. Até porque hoje com duas muletas seria bastante complicado fazer as mesmas coisas.” (P1)

O medo da morte é associado à presença da vida daqueles que vivem um momento gerador de insegurança. Vislumbrar a presença da morte aparece tanto associado à vida atual, enquanto readmitido com a infecção, assim como relacionado à vida anterior, supostamente saudável:

“Ela (a médica) foi tão direta que vi até a morte pela frente! Sério! Nessa hora, você pensa só o pior [...] E o coração da gente aperta. Porque eu tinha um medo muito grande, muito grande mesmo dessa infecção complicar minha vida muito mais.” (P7)

“Ah! Dá para pensar em coisa ruim [...] Dentro da gente passa muita coisa. Várias pessoas me disseram que estar internado faz a gente pensar na vida, mas [...] não sei se é pensar na vida [...] mas dá medo [...] é medo de morrer mesmo.” (P11)

“A gente vê a situação, é doloroso aqui dentro (mostra o peito), a doença não é brincadeira, a gente tem que pensar bem [...] é difícil, às vezes a gente está em casa, está saudável, tranquilo, não pensa. [...] agora que é fácil, não é não [...] vou te dizer uma coisa: que aqui a morte tá mais perto, oh! Isto lá é verdade!” (P2)

Os indivíduos alegam impotência diante do problema vivido e da dependência do tratamento, que gera apreensão:

“É viver de novo uma coisa que da primeira vez eu não sabia como era, mas agora [...] parece que está mais perto de problemas sérios, até da morte [...]. Uma sensação de não saber o que fazer [...] estou meio apreensiva [...] vamos ver o que vai acontecer [...]” (P4)

A insegurança persiste em relação ao que poderá vir pela frente e que também é desconhecido, principalmente quando envolve a possibilidade da morte:

“Primeiro porque a gente não entende e segundo que dá muito medo do que ainda pode acontecer. Sabe, sou trabalhador de roça, preciso voltar a trabalhar. Todo mundo quer voltar para a vida normal. Será que volto a ser como antes? O que vai acontecer com minha perna? Será que volto ao normal? A gente fica com medo, não é fácil [...] Bom, morrer acho que não morro, mas até isso passa na cabeça da gente [...]” (P9)

Mesmo vivenciando a insegurança, a possibilidade de complicações e sequelas, expressa-se um desejo de cura e de resolução do denominado “problema”:

“Foi um acidente dentro de casa. Quebrei o fêmur. Depois de duas semanas começou a vazar [...] parecia pus [...] meio leitoso. Fiquei preocupada, perguntando o que poderia ser. Dá um aperto no peito da gente. Minha vizinha me alertou: procura o médico que operou a senhora, pois pode complicar. O pior não é nem isso, mas [...] e se não der certo? Se não ficar boa? Eu quero sarar.” (P8)

Para alguns indivíduos, existe a percepção de que ele está sendo utilizado para experimentação de tratamentos. A dúvida e o receio também estão presentes em relação à resolução do problema:

“Eu fui levado para uma cidadela mais próxima, menor que a minha, onde recebi os cuidados do fêmur, com duas fraturas. Só que a placa estava contaminada. E então estou com um quadro de infecção que me faz ser [...] cobaia de tratamento [...] de alguns tipos de tratamento [...] não sei quanto tempo ainda vai durar, pois vão usar um tratamento extremamente caro, com um médico renomado, mas que eu não sei se a resposta correta para minha infecção vai ser esta [...] Vejo dessa forma: na minha cirurgia, serei um picadeiro de circo: material caro, técnica nova, médico de renome na ortopedia de Minas Gerais, passa a segurança, mas não passa a garantia de que a infecção vai ser debelada.” (P1)

Os indivíduos ouvem relatos sobre pacientes que morreram com infecção:

“A gente escuta tanta história [...] Aqui mesmo já me contaram que teve um homem no outro quarto que morreu da infecção [...] teve uma tal de infecção geral, no corpo inteiro, foi para o CTI e lá mesmo morreu [...].” (P8)

E começam a propor soluções a partir de tratamentos utilizados por familiares, desconhecendo a diferença nas patologias:

“E aí a gente procura outras soluções, outras formas, outros meios. Por exemplo, tenho uma prima com câncer no mesmo osso do meu problema e propus então a radioterapia (mesmo tratamento da minha prima) para ela deu certo e pensei que daria certo para meu quadro e ele (o médico) disse que não, que são problemas diferentes. Infelizmente não deu. Foi a primeira tentativa que fiz. Pensei então na injeção, mas todas as enfermeiras falaram que eu não aguentaria três meses. Pensei então no cateter [...] implantado para aplicar o remédio [...] mas todos falaram que não daria [...] que minha injeção (tratamento) deveria ser intramuscular.” (P1)

Muitas vezes, busca-se uma segunda opinião, até mesmo em função de algo que já não aconteceu como deveria, ou ainda, que estaria sendo conduzido inadequadamente. Há sempre dúvida em relação ao tratamento instituído:

“Eu usava antibiótico e só antibiótico e nada resolvia e ele (o médico) insistindo comigo em não fazer cirurgia. Nesse meio tempo, eu falei ‘vou aproveitar e marcar um médico’. Marquei com outro médico, porque tenho desgaste aqui desse outro lado, e por causa disso estar acontecendo, por causa de forçar de um lado só para proteger o outro, já estava doendo, e piorou.” (P7)

A inexistência de especialistas ou especialidades médicas em todos os locais de atendimento quando se precisa do serviço de saúde causa insegurança:

“Tive que vir para um centro maior para responder a um tratamento que não me deixasse morrer [...] depois de passar por tudo que passei... Num dia era uma dor alucinante que eu não sabia o que fazer e no outro minha perna estava dormente. Tenho medo de ir para minha cidade, chegar lá não tem recurso [...] eu vou morar o resto de minha vida aqui? Os médicos vão conseguir disseminar esta infecção que está presa no meu osso? São perguntas que a gente faz e que assim, por não ser da área médica, apesar de muitos outros recursos: internet, a gente tenta ajudar [...].” (P1)

A vivência da readmissão por infecção ortopédica também envolveu ansiedade e angústia. Surge um estado denominado como frustração em relação às (im)possibilidades vislumbradas e associadas à maneira como percebiam o cuidado prestado.

5.2 SENTINDO-SE FRUSTRADO

Reviver o processo de internação é traduzido por eles como frustração, pesar e cansaço, durante o que denominam sofrimento:

“Bom, falar de estar aqui [...] não é fácil. Faz a gente pensar: por que é mesmo? Bom, eu nunca imaginei ter que voltar [...] a gente nunca quer procurar o médico, o hospital [...] a gente quer distância de tudo que pode significar dor. Pelo menos se imagina que hospital significa dor, morte e sofrimento.” (P9)

“[...] eu fiquei naquela fadiga, quando começou tudo de novo [...] internar de novo, sofrer de novo, sempre esperando melhorar.” (P3)

“Sinto-me triste por estar aqui de novo, porque eu lutei muito para isto não acontecer, foi um ano de luta, até que no lugar da cirurgia deu duas bolinhas e nessa bolinha, uma furou e ficou vazando. Vazou quatro meses! (Voz e entonação de espanto).” (P7)

A frustração aparece não só em relação à infecção e à readmissão, mas também em relação ao tempo despendido em função de algo pelo qual não se esperava:

“Penso que a palavra que resume o que estamos completando com dez meses de hospitais [...] acho que é frustração [...] estar sempre internado. [...] Descobri que tudo que havia estudado sobre estar de novo no hospital por causa da minha infecção ainda não aconteceu. Mais uma frustração. Esse ir e vir de hospitais, ah [...] retomando sua pergunta inicial [...] digo que o sentimento... a frustração ela continua. Mas [...] tenho que trabalhar esta frustração que se iniciou lá atrás e que esteve comigo todo esse tempo.” (P1)

Acreditar que o diagnóstico conduziria a uma cura próxima não se concretizou pela falta de acesso a centros especializados:

“Em Montes Claros eu descobri qual era infecção o que estava acontecendo comigo, e sem perspectivas nenhuma de quando irei embora. Talvez até pela demora em chegar aqui, de achar respostas concretas da infecção; e o que é mais frustrante é isso: você que mora no interior está à mercê de [...] qualquer coisa, então no meu caso ah [...] qualquer coisa não resolveu.” (P1)

O tempo aparece de formas diferentes nos discursos. Apesar de sempre estar verbalizado no sentido cronológico (dias, semanas, meses), percebe-se que está associado ao seu significado individual e familiar.

5.3 PERCEBENDO O TEMPO QUE PASSA

A dimensão temporal ou cronológica tem vertentes diversas entre os indivíduos, mas sempre associada ao que se perde na vida, ao que se deixa de fazer:

“Só no final que ele (o médico) falou que seriam umas seis semanas. Oh! Gente, seis semanas não são seis dias [...].” (P9)

“A gente vai colhendo, como é que se fala aquele exame que se envia para o laboratório [...] vai fazer outra limpeza, vai colher mais material. Já suspenderam meu antibiótico por dez dias. E eu já estou aqui há dois meses [...] Sabe o que é isso?” (P3)

A informação de dias ou semanas não tem a mesma conotação entre os indivíduos acometidos, que verbalizam a passagem do tempo associada à impotência:

“O médico disse que eu tinha que ficar internada cinco a seis semanas para antibiótico. Na hora eu até gelei, pois é tempo demais [...] e ainda faltam três semanas [...] nossa [...] é tempo demais! Três semanas na casa da gente, lidando o dia inteiro é uma coisa, mas três semanas aqui, sem fazer nada e [...] pensando [...] é difícil.” (P8)

“Dá uma sensação que deu tudo errado [...] quando o médico examina, ele diz: é simples, uma infecçãozinha, mais alguns dias e está tudo resolvido. Mas quando a gente interna por causa disso e o tempo vai passando, a ferida abrindo em vez de fechar [...]” (P11)

Mesmo quando insistem em concretizar o tempo que passa em calendários, relatam que os profissionais tendem a minimizar a importância desse tempo:

“Mas [...] estar aqui de novo [...] Eu estava até contando os dias (referindo-se aos dias de antibiótico), pois são catorze dias, mas ele (o médico) disse: “não precisa contar não, nós estamos contando”. Mas eu contei assim mesmo, não tem nada para fazer.” (P5)

Observa-se o relato de que o tempo desaparece, diante dos fatos e experiências:

“Eu não sei contar muito bem porque foi um mês que sumiu da minha cabeça [...] eu não tenho nada assim para falar a respeito disso, foi um mês que ficou para trás [...] não sei falar praticamente nada sobre esse tempo [...]. E ainda disse para meus filhos: tudo bem, papai vai e volta com um mês, talvez dois meses [...]. Mas estou aqui sem perspectiva nenhuma de quando irei embora.” (P1)

Igualmente, surgem relatos que extrapolam o tempo cronológico na constatação do envelhecimento e possível dependência de outras pessoas, após a resolução do quadro:

“Nossa [...] você está me fazendo pensar numa coisa que nessa conversa não sei resolver [...]. Nunca havia pensado [...] é duro envelhecer, depender dos outros [...] vai ficar difícil [...] Pois é. Estava dizendo que pensava em aposentar, mas agora nem pensei no tempo que virá pela frente. Mas não acho que estou velho, mas depois disso tudo, será que vou ficar que nem velho?” (P11)

A passagem do tempo é verbalizada como se estivesse transcorrendo em direção à cura:

“[...] agora, depois que se faz a cirurgia, a gente sabe que a cada dia que passa está diminuindo um dia para ir embora para casa. Isso é bom: o único sentimento bom é saber que se caminha para ir embora com problema resolvido: bom de saúde, curado. Como o doutor falou comigo: ‘é demorado, é de quatro a seis semanas’, e aqui a gente fica contando os dias, contando semanas e olhando o calendário (aponta para um calendário com dias marcados) [...] a gente quer logo resolver tudo.” (P2)

A cura para o profissional de saúde que informa (ou não informa) significa alta hospitalar. Mas, para o indivíduo readmitido, a espera está associada a um tempo que não se sabe qual é:

“Fui ao posto e informaram que parecia infecção. [...] teria que internar para tomar antibiótico. Ainda perguntei se não podia ser em casa. Ele disse que seria na veia, no soro e que só tinha no hospital. Agora você vê: estou aqui há três meses e ninguém me fala por quanto tempo mais vou ficar. Você sabe? De certo que não sabe. A gente pergunta para as enfermeiras e não tem resposta certa. Todos dizem vai melhorar, ou quando melhorar você vai embora. E a gente fica esperando melhorar.” (P9)

A espera em um tempo que vai passando cria a oportunidade de reflexão de toda ordem, desde a cura até a própria morte:

“Agora, aqui internada fico pensando num monte de coisas: minha gente, minha casa, meus filhos, nossa [...] o tempo é cruel, mas fazer o que? Dá medo, mas temos que esperar [...] esperar para sarar. É o que mais anseio, mais quero nesse momento [...].” (P7)

“A doença não é brincadeira [...]. Mas vou te dizer uma coisa: que aqui a morte tá mais perto, oh! Isto lá é verdade!” (P2)

Parte dos depoentes tem residência distante da instituição em que se encontram, o que os faz remeter a sentimentos de saudades da família e da casa, bem como a preocupação com atividades do cotidiano.

5.4 RELAÇÕES SOCIAIS COMPROMETIDAS

Nos relatos, fica explicitada a visão de que o hospital não é a casa de cada um dos indivíduos. As lembranças são saudosas, principalmente em relação às pessoas de convivência diária (família e amigos). Partes da casa são lembradas, também os objetos e situações do cotidiano:

“Não é fácil não. Sinto falta de casa, fazer o que? Não é fácil, é desagradável, não tenho queixa do hospital, mas ficar de castigo aqui [...] não é a casa da gente.” (P7)

“Eu quero sarar. Apesar de nos tratarem bem aqui, mas não é a nossa casa, as nossas coisas, o nosso banheiro, a comida da gente. Tudo é diferente. A gente se acostuma, mas não é fácil. Você já imaginou você estar no meu lugar? Pensa... Fala pra mim se seu coração não fica apertado?” (P8)

A lembrança de partes da casa e de sabores e aromas do cotidiano remetem a momentos de família:

“Não é nada fácil [...] (silêncio) [...] Sabe por que não é fácil? Porque você ia querer estar noutro lugar [...] na sua casa, com sua família. O pessoal é bom, mas não é a minha casa. Eu queria mesmo é estar deitado na minha cama, recebendo minhas visitas lá em casa com o café da minha mãe [...]. que é muito bom... forte e doce. Sabe que a família não sai da cabeça da gente?” (P10)

Como a maioria dos indivíduos reside em cidades distantes, os relatos de saudades do lugar (inespecífico), da terra, tornam-se enfáticas:

“[...] aqui eles cuidam bem da gente, dão atenção, nos conhecem pelo nome, mas não é a nossa casa [...] Eu fico me lembrando de lá da terra da gente, da família, dos amigos [...] a dificuldade é grande que a gente sente saudade do pessoal. Ficar internado é [...] numa parte é bom, mas na outra a gente às vezes pensa muito nas dificuldades.” (P2)

A preocupação com a rotina do lar e da casa como sua extensão fica evidente no relato de indivíduos do sexo feminino:

“Agora, estar aqui de novo é difícil, a gente fica imaginando a casa da gente, as pessoas, como elas estão arranjando as coisas, comida, roupa. A casa ficou uma bagunça, quando o médico me disse que eu tinha que ficar internada cinco a seis semanas para antibiótico. Na hora eu até gelei, pois é tempo demais. [...] e aí, a gente não tem cabeça nem para cá e nem para lá. Tudo na casa depende da mulher e sem a gente lá, não sabia o que fazer, fiquei agoniada.” (P8)

Surge, então, certo incômodo ao perceber que estão sobrecarregando os familiares e alterando a dinâmica familiar:

“Nessa hora, sarar é o que mais eu anseio, para poder voltar para minha família, ficar perto deles [...] e aqui, internada fico pensando num monte de coisas: minha gente, minha casa, meus filhos, nossa [...] É um sacrifício para os filhos, sem a gente lá [...] complica tudo na vida da gente. Eu moro no interior, e [...] para gente ficar também nesse vai e vem, não é muito fácil [...] sem a gente lá [...] complica tudo na vida de todos. E eles (os filhos) têm que ficar levando atestado, os filhos trabalham e ficam preocupados, cada um tem a sua vida, traz complicação para todos eu estar aqui. Agora, eu percebo [...] os filhos falam que não é pesado, mas eu sinto, mãe vê o que passa no coração dos filhos [...] A gente fica querendo não dar trabalho, mas só de imaginar que está dando, o coração enche no peito e aperta.” (P7)

A vida afetiva é também comprometida e verbaliza-se o medo de rupturas nas relações conjugais e com os filhos:

“E ainda (sorriu desajeitado) tem [...] minha namorada [...] estamos namorando há dois anos [...] acho que vai dar casamento [...] Eu também usava a bicicleta para ir lá (na casa da namorada), é um pouco longe da minha casa. Estou preocupado se [...] vou conseguir andar de bicicleta de novo. Agora ela está vindo aqui, mas porque estou internado. A gente está se vendo pouco [...] é difícil para ela vir até aqui.” (P10)

Surge, então, a dúvida em relação à cura para que as relações se reestabeleçam, principalmente quando existem filhos:

“Eu tenho que tratar e conversei com minha mãe a importância de saber mais a respeito, pois as mesmas perguntas que faço não são as mesmas que meu filho me faz, mas [...] da mesma forma que queria tê-lo por perto, ele também me queria lá. Não tem como você não parar de pensar nos filhos, na família, e de enquanto eles estão lá, aqui pode ‘septicemiar’ novamente.” (P1)

As questões sociais foram destaque para um dos indivíduos, ao perceber que poderia interromper suas atividades de lazer, constantes em seu cotidiano:

“[...] mas espero mais uma vez sair dessa, porque eu me acho nova, eu amo a vida (começou a chorar), porque eu ainda quero aproveitar muito a vida, porque eu gosto de dançar, gosto de passear, de viajar [...] (chorou e ficou em silêncio por alguns minutos).” (P4)

A interrupção da atividade laborativa, incluindo a valorização pessoal, transforma-se em preocupações atuais e futuras:

“Seja pelo fato de ser professor, [...] fazia muita coisa ao mesmo tempo, e hoje tem sete famílias sendo alimentadas, pois sete pessoas me substituíram. Isso é bom até certo ponto, por que eu realmente devo ser muito bom naquilo que faço [...] hoje, posso dizer que me tornei uma pessoa diferente. Acho que esta infecção graças a Deus está controlada, mas ela não controlou só o fêmur, ela controlou a minha vida inteira.” (P1)

Manifesta-se a preocupação por ser arrimo de família e em relação ao pai que precisou assumir suas atividades:

“Eu ajudo em casa, faço entrega de verduras que meu pai produz. Ando muito de bicicleta e sei que eles dependem muito de mim. Atrapalhou tudo, bagunçou a vida da gente. Agora ele (meu pai) tem plantar, colher e sair depressa para entregar [...] nas mercearias, padarias e sacolão. É muito para ele [...] a família não sai da cabeça da gente. Eu sou muito importante nessa parte do ganho de nossa casa. Tenho até medo de perguntar para meu pai como ele está fazendo [...]” (P10)

Há uma esperança de retornar às atividades anteriores e espera-se a cura para a retomada do que é denominado vida:

“Eu andava, eu trabalhava, subia morro, descia morro, fazia minhas coisas em casa. Saía de casa de manhã, à tarde [...]. lá na minha cidade eu trabalhava em escola. Sou aposentada, mas ainda trabalho na escola como servente, essas coisas de limpeza de escola, eu é que cuido direitinho da escola, mas quando começou a vazar parei de fazer isto tudo. Espero melhorar depressa para voltar para minha vida. Essa aqui não é vida não!” (P3)

Planos são traçados para manter ou reorganizar as atividades de trabalho que sustentam a família:

“Olha, eu sou pai de família e trabalho com comércio, uma lojinha de sapatos, já estava pensando até em aposentar. Sabia que já trabalho desde os treze anos? [...] mas agora ainda nem pensei no que virá pela frente. Meu problema é no quadril. Se não ficar bom para eu subir em escada, descarregar caixas maiores e [...] nossa [...] nem pensei que tenho que abaixar ajudar a calçar os sapatos no freguês [...]. Tem uma sobrinha que já me pediu para trabalhar lá comigo, quem sabe, chegou a hora. É uma conversa para resolver com minha esposa [...] o que tiver que ser vai ser.” (P11)

Também ficaram evidentes questões relacionadas à percepção do (des)cuidado dispensado a cada indivíduo.

5.5 SENTINDO-SE DESCUIDADO

As experiências da qualidade do atendimento, de respostas diferentes dos profissionais ou instituições para o próprio indivíduo ou sua família, são definidas como um abismo entre o cuidado e o vivido:

“O médico me deu alta duas vezes com infecção generalizada e esta foi a parte pior do tratamento, pois se hoje eu estou nesse ir e vir por causa da infecção... foi devido a um erro médico, [...] eu “peguei” uma infecção generalizada, ‘septicemia’ e o médico me deu alta assim mesmo. E embora minha família perguntasse para o médico se haviam feito os exames para constatar a infecção, ele disse que não era necessário. Recebi alta mesmo assim e isto me deixou extremamente revoltado [...] Meu pé ficou torto, o material teve que ser retirado e ele (o médico) me deu alta num quadro de septicemia.” (P1)

“Fui operada de novo depois de três dias no pronto socorro. Fui ao bloco cirúrgico [...] tudo por acidente de moto [...] um atendimento ruim da primeira vez [...]. tive que vir para cá. Ah!! Ficar aqui [...] Eu operei no joelho, e minha cirurgia foi por causa de um serviço mal feito de um médico que decerto não deveria nem ser médico [...] devia escolher outra profissão.” (P6)

Eventualmente, buscam-se outras opiniões e mesmo outros centros hospitalares maiores na tentativa de resolver o que se configura como problema:

“Esse outro médico falou ‘tudo bem vou fazer um Raio X, vamos tratar, mas enquanto a senhora não resolver a infecção desse outro lado, não podemos fazer nada. Com essa infecção [...] não tem jeito’. Fiz o Raio X e marquei com a hematologista que já faço tratamento com ela, porque eu tenho anemia, e pedi uma opinião sobre o que ela achava e aconselhava. Ela (a hematologista) disse: ‘o que eu te aconselho? É direto para o hospital, já está passando da hora’.” (P7)

A relação médico-paciente pode estar comprometida ou favorecida, mediante respostas recebidas:

“O médico me perguntou, me olhou, e embora eu tenha tentado uma alta ou transferência com os médicos da instituição anterior, para ir para o centro maior, ele se recusou, pois queria amputar minha perna. Então, minha irmã não deixou e não concordou e me levou para uma cidade maior. O que eu me senti pior nessa primeira parte é o fato de na primeira cidade receber alta em septicemia.” (P1)

“Agora, a equipe que está cuidando de mim [...] meu filho confia neles e eu confio nele (fez um aparte e explicou que o filho é médico e escolheu a equipe médica). Então, ele (o médico) chamou meu filho, que é médico, e disse que ia fazer uma limpeza. Acho que os médicos daqui estão mais seguros, sabem o que vão fazer, meu filho está confiante nessa equipe.” (P4)

O sistema de saúde passa a ser avaliado também em relação à qualidade do atendimento prestado. Há um conceito geral de que não se pode esperar muito do serviço público e vem a sensação de descuidado:

“Para quantos hospitais ainda terei que ir para achar essa resposta de uma coisa [...] gastar dinheiro do seio familiar para buscar respostas sobre estar internado de novo, e o que se fazia era só empurrar de um lado para outro. Dificilmente na rede pública você encontra um infectologista bom, isto não existe e quando existe são poucos e são caros. [...] eu pesquisei muito e aqui nesse centro comecei a receber respostas para minhas perguntas, parecem ser profissionais que sabem realmente dessa infecção e ele (o médico) me disse ‘vamos pesquisar, fazer exames e iniciar o tratamento’.” P1

Queixas em relação ao fato dos profissionais de saúde não valorizarem os sintomas, quer seja em relação à infecção propriamente dita, quer seja nas explicações e orientações referentes ao tratamento:

“Eu estava bem, dirigindo, comecei a sentir uma dorzinha. Fico até revoltada. Fui ao médico que me operou e ele disse: ‘não é nada, não [...] é problema de musculação’. É uma tortura, voltei várias vezes, levava uma radiografia, um exame e dizia para mim mesma: ‘tem alguma coisa errada [...]’ E agora estou assim [...]” (P4)

“Dá uma sensação que deu tudo errado [...] quando o médico examina, ele diz: é simples, uma infecçãozinha, mais alguns dias e está tudo resolvido.” (P11)

A desconfiança em relação ao cuidado que se esperava receber leva os indivíduos a perguntar sobre o tratamento, ou mesmo acompanhar, por exemplo, o uso de antibioticoterapia:

“O doutor disse que colocaria uma ‘drenagem’, mas demorou, e eu perguntei: ‘não vai colocar a drenagem’? A gente fica esperando colocar, para ver se não incha muito [...] se não fica represada essa coisa ruim que está aí dentro [...] O doutor falou ‘não nós não vamos colocar’, fiquei esperando. A gente fica meio desnorteada: cada um fala uma coisa [...] e na cabeça da gente vai crescendo um bicho-papão.” (P3)

“Eu estava até contando os dias (referindo-se aos dias de antibiótico), pois são catorze dias, mas ele disse: ‘não precisa contar não, nós estamos contando’. Mas eu contei assim mesmo.” (P5)

Enfim, a religiosidade evidenciada na próxima categoria, expressa a fé em um ser superior que tudo vê e decide.

5.6 APEGANDO-SE A DEUS

A fé em Deus está relacionada à cura e à possibilidade de ir para casa. Considera-se que tudo acontece por vontade de Deus, inclusive a infecção:

“No fundo, no fundo, a gente espera em Deus. Ele sabe o que faz. Lá isso ele sabe. O que tiver que ser vai ser [...]. Deus vai estar perto.” (P11)

“Todos dizem ‘vai melhorar’, ou ‘quando melhorar você vai embora’. E a gente fica esperando melhorar. É o que todo mundo quer. Ir embora curado. Aliás, eu queria isto desde a primeira vez... Mas Deus quis que eu voltasse. Mas a gente acredita em Deus.” (P9)

Há esperança que Deus conduza o tratamento e as provas laboratoriais:

“Já tem 45 dias, estou tratando com o mesmo médico, mas graças a Deus, essa fístula que abriu vai fechar, essa infecção vai passar [...] Já colheu material para exame, na primeira cirurgia não deu nada.” (P3)

“[...] a gente às vezes pensa muito, pensa nas dificuldades [...] mas [...] mesmo com este problema todo, a gente segura tudo, vai tocando o barco e com fé em Deus eu não demoro a ir embora [...] a gente pede a Deus uma força para conseguir o tratamento e sair dessa situação. Eu vim com a certeza de que abaixo de Deus eu ia ter a cura.” (P2)

“Na verdade, não sei se vou operar de novo, ele (o médico) disse que ia ver se o remédio está fazendo efeito [...] mas a gente tem fé que vai sarar. Tomara que os bichinhos estejam tudo morrendo por causa do antibiótico.” (P5)

Espera-se que a vontade divina interfira no resultado e que os medicamentos façam efeito, debelando a infecção que gerou a readmissão e o impede de ir embora:

“Faltam ainda duas semanas, duas ainda [...] para terminar o antibiótico, não sei se já vou poder ir, mas Deus abençoa que sim, que vai dar tudo certo.” (P7)

Algumas dúvidas e questões em relação ao futuro logo são dissipadas em função da fé e esperança em um Deus que tem o poder de definir, decidir, resolver e, enfim, de curar:

“Eu pensei assim: ‘Oh meu Deus, como é que vai ficar?’ [...] achei que ia morrer, mas pensei: Deus é o único que pode e aí eu fiquei pensando em Deus, eu espero em Deus. Tenho fé!” (P3)

A esperança em Deus estende-se à possibilidade de que os profissionais de saúde sejam iluminados na condução do tratamento:

“Nossa! Deus ajuda muito, a fé é tudo na vida da gente. Ele vai ajudar e em mais alguns dias tenho fé que o doutor vai falar que posso ir. É o que mais quero agora.” (P10)

“Espero do fundo da minha alma que vou sair daqui curada, sem mais nada disso aqui! Deus é bom! Espero muito e rezo muito a Deus pra iluminar os médicos, pra acertar no meu tratamento. Quero ir embora!” (P8)

A relação da experiência da readmissão por infecção associa-se à possibilidade da morte que, mesmo sendo desígnio divino, com esperança e fé não aconteceria com cada um deles:

“Aqui mesmo já me contaram que teve um homem no outro quarto que morreu da infecção [...] teve uma tal de infecção geral, no corpo inteiro, foi para o CTI e lá mesmo morreu [...] Acho que não é meu caso, mas [...] não sei se não é [...] mas Deus está comigo e não vai acontecer.” (P8)

“Vai dar tudo certo. A esperança e a fé em Deus é que faz a gente conseguir suportar a espera. Até a morte a gente sabe que só vem na hora que Deus quer, não é?” (P5)

A trajetória percorrida para desvelar o fenômeno e que culminou nos resultados do estudo está esquematizada na figura a seguir.

Figura 4: Trajetória para o alcance dos resultados. São Paulo, 2015.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Os depoimentos coletados e analisados à luz da Fenomenologia existencial de Martin Heidegger desvelaram o *ser-aí-readmitido* por infecção pós-operatória ortopédica, que envolveu medo, insegurança e frustração, até a constatação do tempo passando e do comprometimento das relações sociais. O indivíduo percebeu-se ainda descuidado e também se apegou a Deus, em função dessa vivência.

A categoria **sentindo-se inseguro e com medo** emergiu no desconhecimento do que está por acontecer. Verbaliza-se a ignorância sobre o que se passa, pois ocorre de forma diferente na comparação com a internação anterior. Então, desenha-se o que pode vir a acontecer, como se algo (passado) se mostre de maneira errada (presente), e que ainda pode ser de outra forma (futuro).

Quando se afirma medo de sequelas e da morte, das perdas sociais e afetivas, vislumbram-se os aspectos “de que se tem medo”, “ter medo” e “pelo que se tem medo”, mencionados por Heidegger (2011). As possíveis ocorrências estão no futuro, porque ainda não se concretizaram, mas vêm em direção ao presente e, então, sabe-se, objetivamente, do que se tem medo; a ameaça é presente e o sentimento acompanha o indivíduo enquanto possibilidade.

O medo é emoção que constitui o homem, individual e intersubjetivamente, por tratar-se de relação entre esse homem e aquilo que se teme (Tavares; Barbosa, 2014). Os depoimentos nos quais essa emoção aparece tem o sentido de uma disposição para a possibilidade de estar em perigo.

Uma das depoentes assegura que imaginou “milhões de coisas” ao se referir à possibilidade de “dar tudo errado”. O que causa o medo se abre e, quando passa, o indivíduo se recompõe. No mesmo depoimento, o recompor-se aconteceu ao final, ao fixar o olhar no entrevistador e dizer: “É o pior, mas a gente pensa.”. Para Heidegger (2011), o medo vela o *estar-em* e o *ser-em* perigo.

Percebeu-se, em alguns indivíduos uma sensação desesperadora e apavorante que torna nebuloso o futuro, quando, por exemplo, um deles relatou

choro convulsivo em determinado momento de sua readmissão, pois prevalecia o não saber o que fazer.

É importante salientar que a privação das condições de saúde e integridade significa, eventualmente, descontinuar a fazer o que se vinha fazendo ou se sonhava em fazer. Ilustra esta reflexão o depoimento encerrado, de forma repentina, por um dos indivíduos que, na apreensão diante da possibilidade de amputação da perna, pediu desculpas e afirmou não querer dizer mais nada, por ser incômodo falar do assunto.

As atividades do cotidiano estavam sempre associadas às possíveis dificuldades futuras, pois cirurgias ortopédicas, isoladamente, já comprometem, de forma geral, o pronto restabelecimento e torna os pacientes apreensivos em relação ao seu cotidiano. De fato, estudo transversal para avaliar o medo de quedas após artroplastia de quadril, em mulheres japonesas, evidenciou maior temor para atividades como subir e descer escadas, higienização e capacidade de andar (Nagai *et al*, 2014). Nesse sentido, Heidegger (2011) afirma que o medo implica perceber tudo o que, de fato, acontece e em apreender essa percepção de forma concreta.

Os indivíduos, quando citam casos semelhantes que conheceram ou presenciaram, expõem que, no íntimo, vivenciam para si o medo que vai e volta, e que coparticipa com o *ser-aí-readmitido* por ISC ortopédico. Isso o torna mais atento ao que ainda pode vir a acontecer. Utilizar expressões como, por exemplo, “vamos ver o que vai acontecer”, permite compreender a apreensão e o movimento em direção à reação. Essa recomposição, de alguma forma, traz um pouco mais de segurança aos indivíduos.

No entanto, uma situação que evidencia a insegurança ocorreu na oportunidade de explicar (ou não conseguir explicar), ou comunicar (ou não conseguir comunicar) fatos novos aos familiares. Tais depoimentos remetem à importância da comunicação em saúde, inserida na relação profissional de saúde e paciente. Coriolano-Marinus *et al* (2014), em uma revisão da literatura, defendem que processos de recuperação incluem as práticas de comunicação em saúde.

A relação que se estabelece tem sido alvo de reflexões que tentam incluir a

percepção da pessoa que adoece nessa abordagem. Um estudo de caso brasileiro permitiu a Ferreira *et al* (2014) discutir saúde, doença e valores, na experiência do adoecer. É necessário um olhar mais atento às reais necessidades do paciente, partindo-se do pressuposto de que profissionais de saúde e pacientes pertencem à mesma cultura, mas ambos interpretam de maneira diferente o adoecer.

Essa divergência ficou clara quando se afirmou não saber o que repassar aos familiares e visitantes. Ter o que dizer gera medo do que se sabe poder acontecer e do que se tem medo (Heidegger, 2011). E aí estão incluídas dúvidas sobre diagnósticos, prolongamento da internação, sequelas e gravidade do quadro. Em contrapartida, não ter o que dizer leva ao medo do não entendimento dos familiares e de seus questionamentos.

Evidencia-se que a readmissão por ISC ortopédico impõe ao indivíduo uma ameaça constante ao *ser-aí*. De fato, ao estudar o entendimento de Heidegger sobre o modo de “ser humano”, Roehe e Dutra (2014) percebem que ao estar estabelecida uma relação com outros entes, já existe uma relação de *ser* entre eles. E desvelam-se aí as relações do *ser-aí-readmitido* com os entes que ameaçam: notícias, fatos, família e medo, com todas as vivências refletidas e explicitadas.

Nessa linha de pensamento, poder-se-ia pensar, também, na apreensão decorrente da dificuldade de entendimento por parte do indivíduo de questões relacionadas à infecção, percebida pelas perguntas ‘O que comunicar?’, ‘O que dizer?’. As poucas informações recebidas o impulsionam a tentar entender o que se passa e, nesse momento, ele se ocupa com o que o preocupa: sequelas, problemas, amputação, morte. Segundo Coriolano-Marinus *et al* (2014), estaria, assim, oportunizada a comunicação esclarecedora entre o profissional de saúde e o paciente, na forma de uma relação dialógica, na qual o indivíduo compreenderia a partir de seus saberes reconhecidos pelos profissionais.

E o *ser-aí-readmitido* mantém-se ocupado, pois, segundo Heidegger (2011), a presença do medo em “relação a”, revela um ser em ocupação “junto a”, e a presença se dá a partir daquilo que se ocupa. Ao sentir medo é que se sabe do que se tem medo e, nesse sentido, os readmitidos estavam ocupados.

Essa ocupação pode não estar aparente apenas nas palavras, sendo necessário o olhar atento, por parte de quem cuida (Coriolano-Marinus *et al*, 2014). A afirmativa pode ser evidenciada no estudo que buscou compreender os sentimentos vivenciados pelos pacientes pós-artroplastia do quadril, na Cidade de Marília, São Paulo (Brasil). Nessa investigação, a ameaça à liberdade apresentou-se de forma semelhante a do presente estudo e os autores recomendam que os profissionais de saúde observem os aspectos emocionais e sentimentos manifestados pelos indivíduos (Lima *et al*, 2014).

Na tentativa de compreender essa ocupação, foi possível perceber que os depoentes se lançavam em direção à busca do que supunham ser a cura, ao sugerir alternativas em diversas situações experimentadas. No pensamento de Heidegger (2011), cura refere-se à ocupação consigo mesmo. Significa não separar os entes que vêm ao encontro de, e permanecem velados. O estar doente e todas as suas possibilidades comportam-se como os entes que se aproximam, sem que haja a possibilidade de separação entre estar curado e estar doente. Almeja-se a cura porque a doença existe, pois a saúde e a doença coexistem, já que, separados, não teriam o mesmo valor atribuído. Contudo, a ocupação, entendida como cuidado de si mesmo, espera e se movimenta em direção à cura.

Isso pode ser encontrado nos depoimentos que evidenciam a avaliação da eficácia dos medicamentos e a percepção de melhora na ferida cirúrgica, mesmo quando a fala é finalizada com a expressão “pelo menos eu acho que está melhorando”. Anseia-se pela melhora e isso é uma ocupação, mesmo naquelas declarações sempre acompanhadas da condicional “se”: se der certo, vamos ver se vai dar certo, se Deus ajudar. A insegurança envolve o cuidado dispensado aos indivíduos.

Nessa vertente, o estudo conduzido por Queiroz (2015) aponta que os cuidados protocolares são considerados apenas ação dirigida e se tornam falhos se não estiverem acompanhados de disponibilidade, solicitude e compaixão. Essa ideia é compartilhada por Waldow e Fensterseifer (2011) ao defenderem que é preciso conjugar o saber fazer e o saber fazer sensível, participando das experiências e favorecendo a assistência mais humana. Os readmitidos, dessa forma, teriam

reduzida a possibilidade da sensação de insegurança em relação ao tratamento.

O saber fazer sensível permite abordar o que Heidegger (2011) define como cuidado autêntico: aquele que liberta, que se pré-ocupa com o outro a partir do olhar de *si-mesmo-para-o-outro* numa perspectiva libertadora. Mas nem sempre, na reflexão de Queiroz (2015), percebe-se o interiorizar dessa riqueza conceitual. Oportunamente essa análise será aprofundada na categoria “Percebendo-se descuidado”.

Partindo-se do pressuposto de que é necessário perceber algo além do que é dito, o medo da morte também foi verbalizado, no sentido de uma possibilidade que se aproxima, não somente pelo envelhecer natural, mas decorrente de uma infecção que não estava prevista e que o aproxima desse fim. Para Heidegger (2011), é como se o indivíduo se abrisse para receber a morte, e não o contrário. Nos depoimentos, estar doente e internado deveria remeter a pensamentos sobre a vida, ao invés disso, pensa-se na morte, e estar readmitido significa que a morte está mais perto, traduzindo o significado do abrir-se para a morte. O contrário seria a morte receber o indivíduo como fato natural.

Realmente, um dos desfechos da ISC pode ser a morte, confirmado em investigação sobre mortalidade e riscos associados em pacientes internados com IRAS, desenvolvido num hospital-escola da cidade de Londrina (Paraná, Brasil), em que a maioria dos óbitos esteve relacionada a essas infecções (Souza *et al*, 2015). Embora os indivíduos desconheçam estatísticas de mortalidade relacionada às IRAS, o retorno ao hospital e o processo demorado para sua resolução os aproximam desta realidade.

Dados de uma revisão sistemática, realizada por profissional de CCIH em hospital universitário suíço, mostraram que, na Europa, aproximadamente 37 mil mortes anuais resultam dessas infecções, apesar de todos os esforços para seu controle (Zingg *et al*, 2015).

Nos depoimentos, o medo da morte verbalizou-se a partir de episódios com outros pacientes, no mesmo quarto ou na mesma unidade, e ainda naqueles casos conhecidos sobre indivíduos que teriam se agravado, necessitando de cirurgias e

terapia intensiva e, mesmo assim, morreram.

Não se pode, entretanto, considerar apenas a interpretação ôntica da morte dos fatos em si. Segundo Heidegger (2011), a essência da morte se determina a partir da essência ontológica da vida (do *ser-aí*, enquanto existência), na qual a análise existencial da morte considera a caracterização da presença.

E, no presente estudo, os readmitidos estão vivos e desejam permanecer assim, não querem morrer (dimensão ôntica). Pressentem a proximidade do fim, constituindo-se em *ser-para-o-fim* diante do que vivenciam, abrindo-se para essa probabilidade. Ao compreender a presença possível da morte de si mesmos, refletem sobre seus significados e expressam essa presença em sua existência (dimensão ontológica). A possibilidade da proximidade da morte foi observada por Tchaou *et al* (2014), ao estudarem a experiência psicológica pré-operatória em pacientes no Hospital Universitário de Parakou (Benin), quando se constatou que o simples anúncio da cirurgia já se transforma em confronto com a morte. Torna-se possível, dessa forma, compreender o pensamento de Heidegger sobre o *ser-para-a-morte* como um fenômeno antecipatório, próprio do *ser-aí*, do existir (Roehe; Dutra, 2014).

Envolto em insegurança e medo, a leitura dos depoimentos desvelou a categoria **sentindo-se frustrado**.

Os indivíduos não se dissociam da experiência inicial, por ocasião da primeira intervenção cirúrgica. Organizam sua história de cirurgia, infecção e readmissão, permeada por frustração e decepção com o atendimento recebido, e relacionam o quadro atual com a forma como foi feito o diagnóstico de infecção.

A frustração se inicia na constatação médica do diagnóstico da ISC ortopédico. Um dos depoimentos, com riqueza de detalhes, demonstra o sentimento de frustração, ao enfatizar que no local da cirurgia surgiram duas bolinhas com vazamento de secreção purulenta. A entonação aumenta ao verbalizar a duração de quatro meses para essa exsudação. Para a concretização do fato infeccioso, é preciso ocorrer novamente a aproximação do paciente e do profissional de saúde e, reviver isso pode não trazer à tona apenas a esperança inicial. Desejava-se,

inicialmente, a resolução de um problema ortopédico e isso não aconteceu. Um dos depoentes expressa, inclusive, que o seu desejo seria estar distante do hospital e de médicos, pois ambos significam dor e sofrimento.

Conforme Heidegger (2011), o querer é querer algo já compreendido, uma ocupação. Torna-se pré-ocupação quando passa a ser cuidado em seu ser. Ontologicamente, existe a abertura prévia para o que se quer: a resolução do problema ortopédico; a abertura ao que se pode ocupar: a recuperação por ocasião da primeira cirurgia; e o projeto de compreender a presença dentre as possibilidades de *poder-ser*. E aí se compreende a frustração dos indivíduos, em função de um *poder-ser* que somente agora se percebe não ser o que se vivencia na readmissão. Nesse sentido, fica mais claro o sofrimento causado pela frustração.

A sensação de sofrer, que gera a disposição denominada frustração, pode estar associada à falta de respostas imediatas para seu quadro infeccioso. Estudo romeno que avaliou nível de satisfação dos pacientes em unidade ortopédica aponta que informação clara e objetiva no processo saúde-doença qualifica o cuidado. Assim, deveria ser uma preocupação constante, pois influencia diretamente a percepção em relação aos profissionais e à instituição (Răutia; Nemet, 2015). E informações claras contribuem para o entendimento da evolução da patologia e do cuidado recebido, minimizando a frustração em relação ao que ocorre durante a readmissão.

Surge, então, a possibilidade de sofrimento ao ser readmitido, ao reviver situações do período pós-operatório anterior, quando se inicia a construção da história atual, mas sempre com o olhar na experiência da primeira cirurgia.

A dor pós-operatória, apesar de esforços para sua compreensão, é um dos componentes presentes em cerca de 80% dos pacientes cirúrgicos, constatação de pesquisadores de um dos maiores sistemas integrados de saúde dos Estados Unidos (Scuderi, 2015). Para o autor, os objetivos para o seu alívio, por exemplo, após artroplastias, seriam o conforto, a satisfação e a deambulação precoce. Entretanto, outros pesquisadores americanos referem que, em decorrência do tempo de recuperação das cirurgias ortopédicas, vários outros fatores poderiam influenciar a percepção de dor que, sendo reconhecida e tratada, poderia otimizar a

recuperação (Flanigan *et al*, 2015).

Permeando os relatos de frustração em relação à infecção que teria sido a causa de sua readmissão, surge nos depoimentos a expressão: “sempre esperando melhorar”. Mesmo desconhecendo-se o mecanismo de ação da esperança, sabe-se que é importante para a recuperação de doenças e lesões, o que pode ser comprovado por Tutton *et al* (2012) no estudo qualitativo, realizado no Reino Unido, acerca da experiência de esperança em unidade traumatológica, no qual um dos temas em destaque foi o mover-se em “direção a”. Nesse ponto, pode-se associar um dos depoimentos que expressa o desejo do indivíduo de trabalhar essa frustração que o acompanha desde o início. Observa-se o desejo de projetar-se, talvez por vislumbrar a resolução do quadro infeccioso.

Heidegger (2011) menciona que, no desejo simples, as possibilidades não são captadas na ocupação. O desejo perde-se, de modo insustentável, no que se acha disponível. No entanto, o que está disponível não é suficiente e isso frustra os indivíduos readmitidos como explicitado na frase: “eu lutei muito para isso não acontecer”. Poder-se-ia justificar essa fala com o pensamento de Maniva *et al* (2013), ao considerar que a experiência do adoecimento é única e individual, e que, na internação hospitalar, é vivida de forma isolada e solitária, exigindo dos profissionais a percepção das necessidades, no sentido de minimizar o sofrimento vivenciado e verbalizado.

Entende-se que muitos podem ser os motivadores do sofrimento e da frustração que se segue. A solução do problema inicial (1ª cirurgia) vem associada a um envolvimento forte do indivíduo com a busca de sua cura, que não aconteceu. E não acontecer o que se esperava aparece também associado às deficiências na oferta de recursos de saúde. Lorenzetti *et al* (2014), a partir da opinião de gestores de hospitais privados de referência da região sudeste do Brasil, afirmam ser relevante que os serviços de saúde, em ações sustentadas pelas políticas públicas, assumam papel de destaque na agenda das sociedades contemporâneas. A saúde vem sendo considerada um dos principais motivos de insatisfação da população e os autores consideram que, mesmo não sendo fruto de uma avaliação técnica, revela a percepção do usuário e deveria ser indicativo para ações de melhoria.

Um dos indivíduos reside ao norte do estado de Minas Gerais (Brasil) e relatou dificuldades em seu atendimento inicial, que supõe serem as causas de tantas readmissões por ISC ortopédico. Torres *et al* (2015b), ao analisarem a implantação da Rede de Atenção de Urgência e Emergência nessa mesma região do estado, encontraram facilidades e dificuldades nesse tipo de atenção. Entre as dificuldades estão o modelo de financiamento, a extensão territorial, o despreparo e a rotatividade de pessoal.

O indivíduo, apesar de socorrido em unidade de emergência, próxima ao local em que se acidentou, associou os cuidados recebidos às condições precárias do sistema de saúde. Sentiu-se frustrado diante de repetidas interações sem respostas concretas. Constata-se, a partir de Heidegger (2011), que na ausência do serviço de qualidade desejado, há a pendência e o que está pendente na prestação de serviços de saúde não está disponível. A falta de esperança, entretanto, não retira a presença da possibilidade.

Especificamente, no caso do citado depoente, a presença da possibilidade refere-se às suas expectativas que envolviam um atendimento de excelência. Após breve análise da oferta de recurso de saúde no país, constatou, entretanto, que cidades pequenas possuem serviços que denominou “qualquer coisa”, mas que para ele não foi suficiente, que se configura como pendência que não impediu o que ora vivenciava. A palavra frustração foi reiteradamente utilizada por esse indivíduo.

Outra depoente, ao verbalizar que estava no hospital por causa de um “atendimento mal feito”, referindo-se ao local para onde havia sido encaminhada por ocasião de seu acidente, também deixa clara sua frustração, pois, segundo ela, não estaria ali readmitida, caso tivesse sido bem atendida. Outros depoimentos trazem à tona essa disposição ao repetirem expressões como: “e agora estou aqui”, ou “nunca imaginei ter que voltar”.

E, assim, os depoentes vão **percebendo o tempo que passa**. A relação dos indivíduos com a sua passagem é clara, mas a informação cronológica fornecida pelos profissionais não tem o mesmo significado que para os indivíduos que experimentam a readmissão.

Cardinalli (2015), ao refletir sobre alguns conceitos de Heidegger, afirma que o filósofo questiona a noção temporal no entendimento da ciência natural moderna, na qual o tempo é concebido no aspecto quantitativo e fora do ser humano.

Fica evidente, nos depoimentos, que a referência dos profissionais é apenas cronológica em relação ao número de dias de tratamento, de medicação, ou de permanência hospitalar. Torna-se obscuro o seu verdadeiro significado: o tempo para *ser-aí*, ao afirmarem que “seis semanas não são seis dias”, ou “e eu estou aqui há dois meses” ou ainda “três semanas na casa da gente lidando o dia inteiro é uma coisa”, compreende-se os esclarecimentos do pensamento de Heidegger, elaborados por Cardinalli (2015), ao assegurar que o homem não conta o tempo, mas conta com o tempo para *ser-aí*.

Em relação ao prolongamento do tempo de internação, estudo americano demonstra que, além do impacto econômico das infecções ortopédicas, elas estão associadas ao aumento da permanência hospitalar (Kapadia *et al*, 2014). Não deixa de ser um tempo cronológico que, no entanto, tem dimensões diferentes para os profissionais e indivíduos readmitidos. Os primeiros informam um tempo quantificável do ponto de vista numérico, sem considerar a sua aceção para aquele que deixará de viver como estava e onde estava. Um dos depoentes questionou se o entrevistador saberia o significado para os dois meses de readmissão.

O impacto nas atividades do cotidiano é corroborado por Rodrigues *et al* (2012) nas infecções pós-operatórias em pacientes portugueses. Percebe-se que o tempo para ser e realizar suas atividades, e para a tomada de decisões, mistura-se entre passado, presente e futuro, mesmo que não verbalizado nessa ordem. Cardinalli (2015) concorda e ressalta que, mesmo existindo ênfase no futuro no pensamento de Heidegger, ao considerar que o *poder-ser* está no futuro, o *poder-ser* é determinado pelo passado e pelo presente.

Quando verbalizado por um dos indivíduos que não pensava no que poderia acontecer e que é difícil envelhecer ao vislumbrar decisões a serem tomadas, compreende-se que o *poder-ser* pode ou não acontecer e tem relações intrínsecas com o passado e o presente, na readmissão. Existia uma história anterior, existe uma vivência atual e vislumbra-se o *poder-ser* a partir dessa história e dessa

vivência, contando com o tempo para *ser-aí*.

Os indivíduos, no presente estudo, além da questão do envelhecimento, se preocupam com as formas de adaptação, se necessárias, para continuar ou voltar a fazer o que sempre fizeram. Relacionam isto ao tempo anterior e futuro. Faller *et al* (2015), em estudo que buscou compreender como idosos de diferentes nacionalidades, residentes no sul do Brasil, percebem a velhice, confirmam os mecanismos de adaptação, ao considerar que cada indivíduo, no seu processo de envelhecimento, vive essa fase como qualquer outra e redefine seus papéis à medida que envelhece.

Relativo à temporalidade, é importante ressaltar o período de afastamento dos familiares. O que se desvela nos depoimentos, quando se vislumbra um prazo (cronológico) para voltar ao convívio, é aquilo que poderia estar sendo vivido junto deles, e que a falta do estar junto é consequência do tempo de ausência de convívio. Ao narrar que existiu um interstício de tempo que “sumiu de minha cabeça”, um dos indivíduos fez alusão à informação dada aos filhos de que voltaria logo. Evidencia-se que a informação não se referia ao tempo de ausência em dias, mas sim ao tempo de não convivência com os filhos.

A permanência hospitalar decorrente de uma ISC pode ser longa, principalmente quando o paciente possui um implante. Publicação americana registra que as ISC, em geral, possibilitam novas intervenções, recuperação mais lenta da ferida, aumento do uso de antimicrobianos e da permanência hospitalar (Harrop *et al*, 2012).

Outro estudo americano, que analisou as ocorrências de readmissões após cirurgias de coluna e artroplastias, detectou que 94,7% dos readmitidos necessitaram pelo menos de um novo procedimento cirúrgico (Nacke *et al*, 2013), que, isoladamente, implica longo período de recuperação e consequente afastamento familiar. E os depoimentos confirmam isso nas declarações: “e o tempo vai passando”, ou ainda “cada dia que passa está diminuindo um dia para ir embora para casa”.

Outra questão que contribui para estender o período de internação hospitalar

é a terapia com antimicrobianos associada à decisão da indicação e do melhor momento para revisão cirúrgica, enfatizado na pesquisa suíça sobre patogênese e tratamento de infecções ortopédicas com presença de biofilme (Zimmerli; Moser, 2012). Assim, quando num dos depoimentos o tempo cronológico é acompanhado no calendário, não se deve apenas prestar atenção ao fato em si. A contagem do tempo de medicação está associada ao resultado do que se vivencia e à possibilidade (ou não) de voltar a ser e viver como antes. Relaciona-se especificamente ao *ser-aí* e ao *ser-com-os-outros*, juntos aos seus.

Kempfer e Carraro (2014) percebem essa temporalidade como condição inerente de ser, e não como partes (períodos cronológicos) de um existir, na pesquisa com abordagem fenomenológica, realizada no estado de Santa Catarina (Brasil), para desvelar como os alunos de graduação vivenciam e experimentam a morte. O *ser-no-mundo* acontece em sua temporalidade e a suposta “perda” do tempo no sentido cronológico, proveniente de um dos depoimentos, esconde o seu verdadeiro sentido quando não se lembra do que aconteceu naquele mês que “desapareceu”. É perceptível que esse tempo existe, ou melhor, existiu e, para o indivíduo, não foi vivido. Portanto, não aconteceu o *poder-ser* na temporalidade.

Heidegger (2011) concebe a temporalidade no sentido da presença, onde estaria em jogo o próprio ser, a cura precisa do tempo e assim deve contar com o tempo. O indivíduo, ao perceber o “desaparecimento” de certo tempo, desvela o seu não existir naquele mês, deixando transparecer que era necessário existir (presença) e contar com o tempo para *ser*.

Cabe ainda comentar as justificativas dos indivíduos em relação ao uso de calendários: “não tem nada para fazer” ou ainda, “contando os dias, contando as semanas e olhando o calendário”. As declarações devem ser analisadas por dois sentidos, o primeiro, que é o foco deste estudo, o tempo para existir. Mas também não se pode deixar de ressaltar a questão da ociosidade no hospital durante a internação, o que intensifica reflexões sobre o tempo que passa e acentuam-se sentimentos de medo, insegurança e frustração. Por diversas vezes, os comentários foram “sem fazer nada e... pensando”, ou ainda: “o tempo vai passando... a ferida vai abrindo em vez de fechar”. Traduz-se, assim, a ocupação com a doença e suas

possibilidades de acontecer. Ou ainda do *poder-ser* desse indivíduo na temporalidade que lhe é dada.

Surgem, então, questões relacionadas à aproximação da morte, que, segundo Heidegger (2011), é *não-mais-ser-no-mundo*. Afirmar que a readmissão possibilita pensar em muitas coisas e que isso causa medo ou, ainda, que a morte poderia estar mais próxima na experiência vivida não significa falta de esperança. É uma possibilidade na temporalidade do indivíduo readmitido que, de acordo com Heidegger, por ser possibilidade, está no futuro, mas é presença agora.

Na temporalidade de *ser-aí-readmitido* por ISC ortopédico, o cuidado pressupõe permitir ao outro *poder-ser* em sua singularidade (Gomes; Espírito Santo, 2013) e o entendimento dessa dimensão maior, por parte dos profissionais, deve ultrapassar as técnicas ou procedimentos, ou as atitudes denominadas acolhimento, mas que não se implicam na construção de relação intersubjetiva que respeita e considera o sofrimento do outro (Carvalho *et al*, 2015; Queiroz, 2015).

É importante salientar que as readmissões também levaram os indivíduos a perceber as **relações sociais comprometidas**, que incluem as familiares, sociais e do trabalho.

Pelos depoimentos, intui-se o possível estremecimento das relações em função de uma distância física entre o hospital e o lar. Ao afirmar que o desejo é estar em casa, que a saudade é expressiva e anseia-se pela alta, desvela-se o estar readmitido sozinho, segregado dos seus parentes.

Estabelecendo-se um paralelo com outro grupo de pacientes internados com possibilidade de permanência hospitalar prolongada Maniva *et al* (2013) procuraram compreender a experiência das pessoas pós-acidente encefálico agudo. Os discursos apontaram o isolamento e a solidão presentes durante a hospitalização, quando os pacientes ficam privados do convívio familiar e do ambiente doméstico. Silva *et al* (2014) consideram que além de afastar do convívio a hospitalização pode significar estresse e sofrimento decorrentes de tratamentos incômodos e dolorosos.

Os relatos da saudade de casa e da família evidenciam o afastamento desse ambiente que representa acolhimento e segurança. Os objetos citados, o que

poderia estar acontecendo naquele momento se estivessem lá e as partes da casa que significam conforto (cama, chuveiro) remetem à ideia de guarida e amparo.

Os sentimentos e as expectativas dos pacientes precisam ser identificados e refletidos nas equipes assistenciais, considerando que os indivíduos procuram nos profissionais essa competência. Assim, Silva *et al* (2014), ao buscar compreender a percepção dos usuários hospitalizados sobre o cuidado de enfermagem, defendem que o direcionamento do cuidar, por meio de atos, comportamentos e atitudes, deve se dar no sentido de acolher, escutar, respeitar esse indivíduo e atender as suas necessidades com vistas à autonomia. São as relações interpessoais que ultrapassam o cuidado centrado na tarefa. Um dos depoentes traduz essa discussão ao buscar no investigador do presente estudo o mesmo sentimento de “aperto no coração” se porventura se colocasse em seu lugar.

No entanto, o que sobressai nos depoimentos é a segurança de estar com os familiares, expresso no desejo de estar “perto deles”, o que, para Heidegger (2011), pode ser entendida como *ser-com-os-outros*. É como se os membros da composição familiar ocupassem uma posição nessa engrenagem, e conversassem entre si para manter a dinâmica que os envolve. A família “não sai da cabeça”, passa-se o tempo “imaginando a casa”. São as expressões que ilustram a interlocução nessa engrenagem.

Apesar da realidade de uma vida acelerada, complexa e transitória, Oliveira e Carraro (2011) refletem sobre o cuidado em Heidegger como possibilidade ontológica, em que o cuidado para consigo mesmo e com o outro, ocupação e pré-ocupação, centram-se na racionalidade e não na natureza que deveria se harmonizar com o *ser-aí*. E percebe-se, nos depoimentos, essa pré-ocupação com o aspecto organizativo e providências em relação a alimentos e roupas. Nessa pré-ocupação (cuidado com os outros), encontra-se também a ocupação (tarefas que lhe cabem na dinâmica familiar).

Torna-se válido ressaltar que os entes desejados (pessoas, objetos, situações, ambiente) estão na casa e remetem a um *ser-aí* seguro. A cena do café da mãe de um dos depoentes, tomado na sua cama, ilustra essa afirmação. A personificação do ambiente, que coloca os objetos e organiza os espaços de forma a

contar a sua história, foi tema da pesquisa para a compreensão do processo de apropriação da casa. A autora considera ser esse ambiente o lugar onde se produz a subjetividade e se constrói a identidade, no sentimento de pertença desse lugar (Gonçalves, 2014). E os readmitidos por ISC ortopédico não buscam apenas retornar para a casa enquanto edificação, mas à casa enquanto alma, onde existem espaços cultivados por si mesmos. Parafraseando Gonçalves (2014, p. 102), a edificação é apenas “o invólucro da casa simbólica”.

Imediatamente à expressão saudosa da casa e da família, os indivíduos afirmam estar sendo bem tratados no hospital e que não teriam reclamações quanto ao tratamento recebido. Esforçam-se nessa justificativa, na tentativa de que não represente uma queixa. Poder-se-ia considerar o *ser-aí-com-os-outros* na própria instituição hospitalar. E os indivíduos percebem que o resultado final também depende dessa relação.

Em função disso, os profissionais deveriam se esforçar na concretização de um cuidado mais sinérgico com os pacientes, sobre o qual Ferreira *et al* (2014) consideram não existir um modelo ideal ou preconizado que atenda a toda e qualquer situação. Por isso, a necessidade premente de desenvolver a escuta qualificada, o olhar atento, que compartilha decisões e promove autonomia, a partir da subjetividade dos indivíduos.

Analisando a discussão na perspectiva heideggeriana, seria importante considerar essas experiências dos indivíduos readmitidos por ISC ortopédico, estabelecer relações e responsabilizar-se pela possibilidade de permitir que o homem esteja no mundo, na temporalidade e na historicidade próprias. Os relatos da casa e da família, por mais saudosos, confortam aqueles que precisam se sentir pertencentes e acolhidos.

Voltando à questão das relações familiares e com a casa, alguns depoimentos são enfáticos no que se refere à rotina do ambiente e das pessoas que participam desse convívio, que agora se dá sem a sua presença. Isso acontece envolto na tentativa de acreditar na importância de seu papel e esperar o devido reconhecimento.

É sabido que o trabalho doméstico inclui as atividades referentes às responsabilidades familiares que pertencem à casa e ao arranjo familiar ali contido, e a contribuição masculina tem caráter de ajuda, inclusive para as mulheres (Bruschini; Ricoldi, 2012). Considerando que a preocupação expressa se referia a não saber como as pessoas estavam se arranjando, pois tudo na casa depende da mulher, evidencia-se a alteração na dinâmica familiar com nova distribuição das tarefas.

Ao duvidar da continuidade da rotina doméstica, as depoentes se colocam e se relacionam com esse lugar. Valorizam a sua ausência, desejando a presença. Gonçalves (2014) considera que essa identidade de lugar acontece pela apropriação de espaço: possuir e gerir por hábito ou identificação. Segundo Heidegger (2011), ocupar um lugar significa *ser-aí* nesse lugar composto de tudo com o que se estabelece o *ser-aí-com-os-outros*, e onde o homem nunca é somente em si, mas intersubjetividade com os outros e com as coisas.

Em continuidade às questões sociais, também as relações amorosas sofrem influência do distanciamento entre os envolvidos. A dualidade de sentimentos é percebida quando afirmam não saber o que pode acontecer. No relacionamento de um dos depoentes com sua namorada, observa-se que ele pressente mudanças, mas que a separação vivida em função da readmissão tem justificativa. Abre-se ao indivíduo a possibilidade de ter seu amor posto à prova em função da distância na convivência, enquanto readmitido. Da mesma forma, após a alta, vislumbra-se outra possibilidade de não conseguir mais utilizar a bicicleta como meio de transporte facilitador, até então, dos encontros com sua namorada.

Igualmente o pai, readmitido, busca o reconhecimento de sua figura paterna, mesmo depois de tantos meses afastado dos filhos. Supostamente porque existe uma necessidade interior de garantir respostas às dúvidas e, inclusive, aos motivos geradores da ausência no lar. E, por ser professor, em idade produtiva, consegue imaginar o significado de sua ausência na relação familiar. Ele afirma: “não tem como parar de pensar nos filhos”. Estudo brasileiro que procurou identificar as necessidades e preocupações prioritárias dos pais em diferentes idades detectou apreensão em qualquer fase do ciclo vital, fazendo com que ajam em função do

futuro dos filhos. Pais em idade produtiva inquietam-se com o acompanhamento das relações dos filhos nos diversos contextos (Silva; Silva, 2014).

Dando seguimento ao leque de relações sociais comprometidas, o entretenimento, enquanto convivência apresenta-se ameaçado. Não se vislumbra, em uma das depoentes, a possibilidade de continuar a dançar, viajar, e o choro foi imediato e incontido nesse momento. Percebe-se que a autonomia futura está ameaçada no presente. Heidegger (2011) considera que a caracterização do encontro com os outros se torna relativa à própria presença. No caso específico, *ser-com-os-outros* nas atividades de lazer parte da possibilidade de *poder-estar* presente.

Aquele que cuida deveria contemplar o ser de possibilidades que representa o *ser-aí-readmitido* por ISC ortopédico no cuidado que deveria promover o outro em todas as suas potencialidades. Assim, caberia aqui lembrar que o cuidado autêntico de enfermagem em Heidegger deve ser reflexivo, no que tange às possibilidades desse *ser-aí-readmitido* poder *ser-com-os-outros*, ao considerar, nas coisas presentes e ausentes da vida, transformando o fazer em cuidado próprio, dinâmico e inacabado (Oliveira; Carraro, 2011).

O trabalho, enquanto possibilidade de estar com outros e conviver, também emergiu na valorização da produção, dos resultados e do empenho dispensado. Dentre as possibilidades futuras, estava aquela que ameaçava a descontinuidade. Uma das depoentes afirmou que trabalhava em uma escola e que cuidava de tudo muito bem. Já o professor readmitido fez transparecer certo orgulho ao assegurar que, para substituí-lo, sete outras pessoas haviam sido contratadas.

Nessa investigação, a vivência da readmissão, que impede estar disponível para produzir, poderia ser entendida como *ser-para-o-fim* em Heidegger (2011), consciência de que caminhamos (*somos-aí*) para a morte. É representativo o depoimento do indivíduo que relatou trabalhar desde os treze anos e talvez viesse a se aposentar, devido aos acontecimentos, e verbalizou: “mas agora ainda nem pensei no que vem pela frente”.

São possibilidades que, na ótica de Heidegger, significam algo que ainda

pode ser desvelado, compõem a existência humana que só é dada a conhecer na história, no modo temporal de *ser-no-mundo* (Oliveira; Carraro, 2011).

Enfim, apesar dos impactos nas esferas de relacionamentos sociais, o fim do tratamento é esperado, pois representa o fim daquilo que está presente e incomoda. E o fim do que está presente abre possibilidades para o que vem além, da forma como vier. Dessa maneira, os indivíduos, diante do que vivenciam e na esfera dos cuidados recebidos, elaboram planos de vida, reorganizando as relações sociais.

A experiência de não ser considerado o centro na assistência emergiu nos depoimentos que compuseram a categoria **Percebendo-se descuidado**. Desde o confronto com o diagnóstico, alguns deles revelaram não parecer existir atenção, relação e solicitude por parte dos profissionais.

Já existem estudos que versam sobre as alterações emocionais que influenciam a imunidade e, conseqüentemente, o surgimento de doenças, o que se traduziria em reflexões sobre as dimensões do adoecer, que ultrapassa os limites do modelo biomédico. Um pesquisador brasileiro, em uma revisão da literatura sobre o tema, defende que o objeto da ação dos profissionais também é sujeito da ação. A questão crucial seria: quem entenderia mais a doença: o profissional ou o portador? (Boulos, 2014).

Os indivíduos avaliam os profissionais de saúde durante toda a relação estabelecida entre eles, incluindo o que passou a fazer parte da história de readmissão por infecção. O médico que afirmou “não é nada, não”, durante a consulta; ou ainda, no depoimento de um segundo indivíduo, no qual o profissional teria dado alta por duas vezes, na vigência de processo infeccioso e, garantindo não serem necessários outros exames, remete à questão da relação médico-paciente ou da comunicação em saúde, já tratadas anteriormente. É claro que, para sentir-se cuidado, a competência profissional e o saber estão postos à prova, quando o paciente se sente parte do que está acontecendo consigo e no direito de opinar.

A comunicação volta nessa categoria ao considerar que ter sentido para o indivíduo pressupõe compreender a infecção e a readmissão decorrentes. A compreensão depende de informações claras, que apresentem a ele as

possibilidades, enquanto entes que se abrem: uso de antibiótico venoso, afastamento familiar, novas cirurgias, dentre outros. Para Heidegger (2011), o ente só tem sentido quando, em seu *ser*, ele passou a ser compreensível na perspectiva ontológica, ou seja, na perspectiva de *ser*.

Como base no *ser-readmitido-com-os-outros*, e aqui os outros seriam os entes que se apresentam, torna-se importante ressaltar que a assistência à saúde eficaz inclui acompanhamento e tratamento da pessoa enquanto ser único, com responsabilidade e respeito. A conclusão é dos autores de uma pesquisa na qual, apesar da abordagem aos participantes ter ocorrido em prisões, o objetivo foi compreender os sentidos de viver com a doença (Santos; Sá, 2014), correlacionando-se com o contexto da presente investigação, em que existiram indivíduos que se sentiram presos em função de uma doença. O desabafo de um dos indivíduos é ilustrativo: “Ah! Ficar aqui...” e “presa nessa cama”.

A percepção dos cuidados em saúde é influenciada pela expectativa do usuário (Lorenzetti *et al*, 2014). Os autores desse estudo sobre os contextos gerenciais apontam que os usuários da saúde, mesmo insatisfeitos diante de expectativas e necessidades não atendidas, acabam por tentar contornar as situações. Rãutia e Nemet (2015) consideram que os pacientes sabem como se sentem e foram tratados, independentemente de possuírem bagagem suficiente para avaliação mais técnica do atendimento em saúde.

Quando uma das depoentes classifica que o socorro que lhe foi atribuído teria sido ruim, que a atuação médica esteve aquém de suas expectativas e que o profissional deveria ter escolhido outra profissão, toda a insatisfação está colocada. Existe aí uma relação de causa e efeito estabelecida entre o que se vivencia na readmissão e o referido cuidado. Em conjunto com outro depoente, definiram a questão como “erro” no atendimento.

É demasiado afirmar que os erros na assistência à saúde tornaram-se uma preocupação mundial. A revisão sistemática da literatura sobre a experiência dos pacientes vítimas de eventos adversos, conduzida por pesquisadores australianos, aponta o desconforto após a ocorrência, exacerbado por não receber ou receber informações inadequadas sobre os fatos e suas causas. Assim, os autores

recomendam que mais estudos sejam conduzidos e que as experiências embasem a assistência centrada no indivíduo (Harrison *et al*, 2015).

Durante todo o tempo, os participantes do presente estudo contaram receber o melhor atendimento, o cuidado mais atento e foram capazes de avaliar a partir dos desejos e concepções próprias. Heidegger (2011) visualiza o *ser-no-mundo* que aprende, presume, assegura-se e acredita. Considera isso uma atitude em direção ao mundo externo.

Nessa linha de pensamento, a discussão deve considerar o cuidado na formação de profissionais de saúde. Mota *et al* (2014) analisam que a distribuição irregular de profissionais em relação à densidade demográfica contribui para o não atendimento das necessidades da população de forma igualitária e adequada. Especificamente urgência e emergência, de acordo com Fernandes *et al* (2014), constituem-se disciplinas que reclamam transpor os limites do “saber” para o “aprender a aprender”. Uma das depoentes, a mais jovem delas e vítima de acidente, afirmou ter tido um primeiro atendimento ruim, executado por um profissional que, segundo ela, “não deveria nem ser médico, deveria escolher outra profissão”.

A partir da constatação de problemas, alguns indivíduos buscaram ouvir uma segunda opinião médica, no sentido de confrontar informações recebidas. Eles se projetam em direção ao próprio restabelecimento e passam a ajudar o profissional que o assiste a buscar soluções. Ocupam-se do cuidado de si próprios. Pré-ocupam-se com as possibilidades ao sugerir aos profissionais formas de tratamento.

Isso posto, quando o profissional de saúde permite essa interlocução e não se precipita sobre o paciente, fazendo tudo por ele, estaria constituída a pré-ocupação libertadora que González *et al* (2012) definem como uma prática de cuidado próprio com o outro, para que ele resgate sua liberdade. Ao avaliarem as possibilidades de utilização da fenomenologia heideggeriana nos estudos sobre formação em saúde, sugerem propostas de discussões mais aprofundadas acerca do cuidado na formação, para que não se restrinja ainda mais o ser humano em sua possibilidade de liberdade para *ser-aí*.

As respostas recebidas pelos depoentes, ao buscarem ajuda, foram apreendidas nos olhares, nas desconfiças do segundo profissional em relação a tratamentos já iniciados, até a inclusão dos próprios familiares na intermediação com médicos assistentes. Foi o caso de uma das depoentes que passou a interagir com seu médico por meio de seu filho, também médico. Ela acreditava que o cuidado a ela dispensado estava sendo diferenciado em função de seu filho, e aí está caracterizado o que Heidegger (2011) define como cuidado inautêntico, ou o que não cria vínculo entre quem cuida e quem é cuidado.

O que se desvela aqui é a possibilidade do cuidado inexistir sem que um terceiro elemento participe da interlocução entre profissional e paciente. O contrário, o tratamento cordial, entre os dois atores envolvidos, voltado para a promoção da autonomia do outro, que abrange empatia e humildade e pautado em respeito, é defendido por Singh (2015), médico pediatra consultor indiano. Ele discute a prática da medicina de alta qualidade que tem a comunicação como ponte da relação profissional-paciente-família.

Poder-se-ia assegurar que o cuidado autêntico permitiria que o indivíduo readmitido por ISC ortopédico se mostrasse como fonte e como razão do cuidado, independentemente da necessidade de condições externas para que isso acontecesse.

O cuidado esperado do serviço público, a atenção exclusiva dos profissionais, respostas adequadas e escuta qualificada ficam explícitos quando os indivíduos avaliam, em conjunto, a instituição e os profissionais que nela atuam. Sentem-se prisioneiros de um cuidado que lhes é imposto e no qual não se permite serem abertas as possibilidades de *ser-aí-readmitido* por ISC ortopédico. Mais uma vez, estaria conceituado o cuidado inautêntico que, para Santos e Sá (2014), impede o *ser* de possibilidades do indivíduo que ele mesmo o seria.

Modelo assistencial ideal, perfeito, resolutivo em todas as situações e para todos os pacientes não existe. No entanto, é preciso refletir sobre a prática que diminua a distância entre cuidadores e assistidos (Ferreira *et al*, 2014). É da reflexão sobre a assistência almejada que surge a recomendação de Singh (2015) para que os profissionais, médicos e enfermeiros, durante sua formação, estejam inseridos

em programas de educação nas áreas de ciências sociais e comportamentais, comunicação e ética.

Para exemplificar as questões discutidas acima, uma das depoentes, ao questionar o profissional sobre a instalação de uma drenagem local, teria ficado em silêncio e “esperando” ao receber como resposta “não, nós não vamos colocar (a drenagem)”, como se o silêncio de uma resposta vazia e a espera fizessem acontecer o que ela esperava: a redução do edema no local da infecção. Outra depoente, em relação aos dias de antibiótico, ouviu do profissional: “não precisa contar não, nós estamos contando”. Percebe-se claramente que a marca do cuidado inautêntico em Heidegger (2011), que subtrai do indivíduo a sua maneira de *ser-aí*, predomina, alguém assume o seu cuidado, torna-o dependente e distante do seu *poder-ser*.

Um ponto que merece, ainda, ser destacado nos depoimentos sobre o (des)cuidado relaciona-se ao fato de os profissionais minimizarem o que se vivencia por meio de palavras no diminutivo (“infecçãozinha”) ou, ainda, afirmarem não ter importância (“não é nada”). Não há o dimensionamento da experiência, certamente por não permitir que o outro se expresse e, mais que isso, não ouvir o que não se diz.

Nos cuidados em saúde ouvir e, não somente, escutar, pressupõe o caráter humanístico do “aprender a ser” profissional que cuida. Silva *et al* (2014), ao discutirem questões relacionadas à humanização dos cuidados de enfermagem, e que podemos, sem sombra de dúvidas, extrapolar para os cuidados em saúde de uma forma geral, afirmam que a prática centrada na pessoa, e não na doença, inclui ambiente, identificação, explicações, informações claras e precisas, com estímulo ao enfrentamento e exercício da autonomia.

Apegando-se a Deus compôs a próxima categoria que agrupou depoimentos que apontaram esse Deus como o caminho para solucionar todo e qualquer problema, ou na direção de fazer acontecer conforme sua vontade. Ele aparece como arcabouço da esperança, como direcionador de tudo o que pode vir a acontecer, quer sejam fatos bons ou ruins e também é reconhecido como conhecedor prévio dos acontecimentos os quais supostamente aprovou ou permitiu.

Os participantes afirmam, então, esperar nesse Deus, em quem depositam confiança e acreditam que o que tiver que acontecer acontecerá, pois o próprio Deus quis assim. Isso se confirma quando um grupo de idosos, de uma unidade básica de saúde de Alagoas (Maceió, Brasil), considera o processo saúde-doença como parte da existência humana, porém controlado por Deus (Santos *et al*, 2014).

A consideração de que a religiosidade integra a vida de grupos familiares pode ser comprovada por outro estudo brasileiro, com famílias que vivenciaram a experiência de doença e morte de um de seus membros. O significado dessa predisposição deve ser compreendido por aqueles que prestam cuidados (Bousso *et al*, 2011). A religiosidade funcionaria como fator subjetivo, associada ao bem-estar, à felicidade e também aos mecanismos de enfrentamento da doença (Nepomuceno *et al*, 2014).

Os autores citados ainda defendem que mais estudos deveriam aprofundar essas variáveis subjetivas para sua incorporação à prática de saúde. Mesma reflexão dos enfermeiros brasileiros, pertencentes ao Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem e de Saúde dos Grupos Populacionais, Gomes e Espírito Santo (2013), ao estudarem a espiritualidade no processo saúde-doença. Eles vislumbram que o paciente é um ser provido de sentidos, significados e histórias, voltado para si e, ao mesmo tempo, com a capacidade de se abrir em direção ao Divino, quando pressente ser necessário.

Do mesmo modo, mas, após conceituarem religiosidade e espiritualidade, considerando esta última como reflexão, a discussão se aprofunda com Duarte e Wanderley (2011), quando afirmam ser possível o seu auxílio no enfrentamento dos estressores (a doença, internação, procedimentos, cuidados, afastamento familiar e medo do desconhecido). São os dados de uma pesquisa realizada com idosos internados em uma instituição hospitalar em São Paulo (Brasil), perfil que se aproxima dos participantes do presente estudo. Na concepção de Heidegger (2011) os estressores destacados seriam os entes que ora estão no presente, ora no futuro, mas, sempre presentes, ameaçando.

A religiosidade, sob esse aspecto, contribuiria para melhor viver as situações de doença e morte (Bousso *et al*, 2011). Comprova isto estudo com pacientes após a

alta da terapia intensiva de um hospital universitário de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul (Brasil), que apontou a relevância da religiosidade no amparo diante de um momento de extrema fragilidade (Camponogara *et al*, 2015). Um dos readmitidos por infecção chegou a garantir que a fé em Deus seria tudo na vida. E, então, outra investigação americana para identificar o papel da espiritualidade nas pessoas em contexto de doença com algum risco de vida, cujos resultados foram analisados sob a ótica da fenomenologia, verificou maior significado e propósito na vida dessas pessoas, auxiliando-as na concretização dos ajustes necessários (Yong *et al*, 2015).

Gonçalves (2015), doutor em teologia, ao procurar responder qual seria o lugar da presença de Deus à luz da fenomenologia de Martin Heidegger, afirma que esse lugar não é fora e nem mesmo distante da vida humana. O homem se aproxima do divino se humanizando, à medida que se abre ao dar-se de Deus, numa linguagem afetiva e que demonstra o encontro do homem com o Deus divino, que salva esse homem. Essa proximidade é verificada, no presente estudo, numa espécie de “conversa” com Deus: “rezo muito a Deus” ou “Ele está comigo”, ou até mesmo por meio de perguntas, dirigidas a Deus: “Oh! Meu Deus, como é que vai ficar?”.

Nesse estudo, a fé em Deus é referida a tudo que envolve a infecção e a readmissão: os exames laboratoriais, o tratamento com medicamentos precisos e o tempo de internação associado à espera e à certeza de ir embora. Nota-se que os depoimentos enfatizam a vida saudável, mas a expressão de fé em Deus almeja, na realidade, a salvação da alma, se, porventura, algo acontecer de forma adversa. Camponogara *et al* (2015) corroboram essa percepção quando detectaram que crença e fé estavam ligadas a conforto e salvação da vida. Por isso, há a repetição de expressões de que tudo depende de Deus ou que acontecerá o que Deus desejar ou decidir. São as possibilidades.

Em Heidegger (2011), a espera do que é possível em sua possibilidade está sempre presente, apesar de comprometido com o “se”. Nos discursos, o possível está no “talvez” dessas expressões: “talvez, talvez não ou por fim, sim” (Heidegger, 2011, pag. 338). Percebe-se, então, que há uma ocupação ao abandonar-se no real

dessa espera.

Considerando que os depoentes, em sua maioria, eram idosos e seus depoimentos envolviam confissões de fé e esperança, poder-se-ia discutir os resultados dessa categoria com Duarte e Wanderley (2011), ao avaliarem as questões de religião e espiritualidade na hospitalização de idosos. Os autores entendem que tais citações utilizadas pelos indivíduos representam otimismo e busca de melhora “por causa” de um ser superior. A fé auxilia a suportar o que cabe ao indivíduo, pois Deus estaria fazendo a sua parte. Pode-se verificar tal análise no depoimento que traz a expressão “segurando tudo e tocando o barco” (que seria fazer a sua parte) e, ao mesmo tempo, pede uma força a Deus para sair da situação em que se encontra, afirmando que Deus vai ajudar (que seria a parte divina).

O olhar permanente de Deus sobre os indivíduos é certo e permeia os depoimentos. Não apenas sobre eles, mas envolvendo tudo o que cerca a readmissão. Mais precisamente em relação aos medicamentos utilizados, alegam que são receitados por médicos que têm o conhecimento para isso, mas havendo a benção divina para a confiança de que o resultado será o melhor. Torna-se necessária, então, a intervenção divina para o sucesso.

Santos *et al* (2014), ao discutirem a visão de dádiva divina em relação ao serviço de saúde, apontam certa passividade na postura dos pacientes que não mais consideram seu direito legítimo de assistência. Camponogara *et al* (2015) também explicitaram, no depoimento de idosos, o seu abandono nas “mãos de Deus” e a espera da realização do que é vontade divina.

Contudo, mesmo acreditando em Deus, surgem dúvidas: sarar, morrer, permanecer com sequelas. Sempre que vem à mente tais possibilidades, Deus é concebido como o único ser com poder e seria preciso fé para que esse poder venha ao encontro do que se espera: bons resultados. Há a certeza, mas, ao mesmo tempo, a dúvida.

Entretanto, crer em Deus e em seu poder não viabiliza apenas sentimentos confortáveis: a morte é uma possibilidade e pode voltar a ser discutida nessa categoria. Nepomuceno *et al* (2014) consideram que a vivência da religiosidade e da

crença ajuda o indivíduo a descobrir sentidos na vida. Segundo Bousso *et al* (2011) encontrar significado e dar sentido à vida é uma habilidade que os profissionais precisam compreender no processo vivenciado pelos indivíduos adoentados.

Ressalta-se que a esperança de bons resultados vincula-se à intervenção de Deus também junto aos profissionais responsáveis pelo tratamento. Bastaria um desígnio divino e os profissionais seriam iluminados e assertivos no tratamento. Da mesma forma, o conteúdo latente dos depoimentos do estudo de Camponogara *et al* (2015) demonstra o entendimento de que as ações de cuidado não estariam apenas pautadas em critérios técnicos, mas guiada por orientação divina.

Nessa perspectiva, também não se poderia deixar de retomar mais uma dimensão do cuidado que, na visão de Gomes e Espírito Santo (2013), implica *estar-junto*, apropriando-se da percepção e expressão dos indivíduos em relação à própria essência, extraíndo dessas vivências a sua capacidade de ultrapassar os limites das condições objetivas e a consciência da vulnerabilidade.

A possibilidade da morte, de fato, acompanha o indivíduo durante toda a experiência de readmissão, independente da fé em Deus. A fé refere-se ao sucesso, mas se a morte acontecer, também teria sido por vontade divina. Na pesquisa de Bousso *et al* (2011), sobre crenças religiosas e convivência com morte familiar, passa a ser consolador acreditar que a vida não termina com a morte, o que permite maior aceitação nos momentos de dificuldade.

Ser-para-a-morte em Heidegger (2011) é abrir-se para uma possibilidade e, enquanto possibilidade (*poder-ser*) abre-se em um modo de ser, em si mesmo, o antecipar-se. Essa antecipação transforma-se em presença. E, quanto mais se compreender esta possibilidade, maior a possibilidade da impossibilidade.

Nesse sentido, os profissionais devem se disponibilizar para a compreensão do que se torna presente na experiência do *ser-aí-readmitido* por ISC ortopédico. E entende-se que essa compreensão não acontece somente a partir das reflexões do outro, mas na ocupação e pré-ocupação de reflexões sobre a terminalidade própria e dos outros.

A atitude fenomenológica, portanto, ao desvelar o fenômeno readmissão por

infecção do sítio cirúrgico ortopédico, permitiu compreender a experiência dos indivíduos readmitidos, do ponto de vista da subjetividade. Vislumbra-se, nesse momento, caminhos a serem trilhados no cuidado cirúrgico, apresentados a seguir.

7 Contribuições para a prática profissional

7 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Compreender a readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico possibilita pontuar alguns aspectos da prática e da formação para o cuidado que merecem ser ponderados. Primeiramente, na consideração de que por trás de um indivíduo readmitido existe um ser humano que já vivenciou uma internação prévia para submeter-se a uma intervenção cirúrgica. Posteriormente, tendo evoluído com uma infecção do sítio cirúrgico, considerada por ele como um resultado não desejado concretizou-se a readmissão.

No que se refere ao medo e à insegurança percebidos por esse indivíduo readmitido, caberia a primeira implicação prática dos resultados obtidos. Observa-se no comportamento daqueles que prestam a assistência que, eventualmente, o medo é identificado, sem, todavia, ocorrer sua suficiente valorização, tendendo a ser concretizado por meio da concepção de quem cuida e não de quem é cuidado. Ao indivíduo não se abre a possibilidade de falar sobre o que sente. Assim, ele não ouve o que fala e não compreende o sentido para traduzi-lo novamente na linguagem. Seria a oportunidade para a ampliação da escuta dos cuidadores.

Soma-se aí o sentimento de frustração em relação aos profissionais e sua competência, assim como na qualidade, avaliada como ruim, das instituições de saúde por ocasião do evento que gerou a intervenção anterior. Considerando que inexistem condições ideais em saúde, que atendam a todos, sem exceção, da forma como desejam, a frustração dá-se muitas vezes em decorrência de falhas na comunicação em saúde.

Para a comunicação existir, é preciso permitir ao outro sua participação na interlocução, que pressupõe um contexto que o acompanha e que, sem ele, a história não se completa. O sentimento de frustração dos indivíduos exacerba-se ao não encontrar acolhimento, solicitude e atenção. Aquele que cuida deve desenvolver essa competência, que significaria o cuidado autêntico, ao considerar o outro.

A dimensão do tempo de hospitalização torna-se outro ponto importante para reflexão dos profissionais. Como os tratamentos ortopédicos são, em sua maioria,

caracterizados por longa permanência, os indivíduos percebem o tempo passando, retirando deles a possibilidade de ser. Lembrar-se de fatos e dificuldades que podem acontecer em função de estarem hospitalizados novamente, além da verbalização de saudades dos familiares e dos espaços de sua casa, torna-se uma forma de viver o que não se pode viver na condição de readmitidos.

O cuidado clama o compartilhar de emoções e sentimentos e, nesse sentido, os enfermeiros podem contribuir para minimizar o sofrimento gerado. Torna-se relevante aprofundar o sentimento que envolve os pacientes que permanecem durante meses nos hospitais. Procedimentos operacionais devem ser cumpridos, porém, um gesto, um olhar que seja, permite ao outro perceber que seu cuidador consegue dar significado ao que lhe falta. O que não está presente, ou seja, a falta ficou no lar, nas relações, nos episódios vividos e torna-se necessário ser identificada.

O estudo aponta, ainda, que as relações afetivas, familiares e de ocupação no espaço comum ao grupo familiar passam a correr riscos. Usualmente, os profissionais de saúde minimizam tais sentimentos, quando verbalizados, fazendo uma correlação direta com o tempo cronológico que, ao passar, permitirá a esse indivíduo novamente usufruir daquilo que reclama a falta.

No dia a dia, é preciso considerar que todos vivem esses momentos em comunidade, posto que não são espaços apenas, e o indivíduo readmitido encontra-se ameaçado de não voltar a interagir com a família, vida afetiva e trabalho como anteriormente. Os profissionais de saúde devem estar atentos para o verdadeiro sentido dessa ameaça, ou seja, a impossibilidade de estar com outras pessoas e existir nesse espaço e tempo.

Outra implicação relevante para a prática profissional refere-se à percepção de descuido por ocasião dos atendimentos nas instituições de saúde e na minimização da história e da queixa. A relação dialógica merece ser construída: ela requer a escuta, desde que se permita o falar. A escuta qualificada busca o âmago da questão emergente, para além de seu significado imediato. A interlocução esclarecedora, principalmente dos médicos e enfermeiros, aponta caminhos e permite ao indivíduo que vivencia o processo de readmissão a autonomia necessária

no sentido de cuidar de si mesmo para que possa se ocupar dos outros que o envolvem. Os profissionais precisam entender que o indivíduo se lança na direção daquilo que busca e que não significa fazer pela pessoa, mas permitir a essa pessoa existir.

Confrontado com essas vivências, o indivíduo readmitido se apegua às questões religiosas e da espiritualidade para seu conforto e segurança, frente a algo relativamente consumado: a infecção que gerou a readmissão. Em seu cotidiano, os enfermeiros, especificamente, ao tratarem das questões religiosas nas instituições hospitalares, deveriam entender que é insuficiente o simples conforto da presença de representantes de suas respectivas igrejas. É necessário que aspectos religiosos envolvam um significado que transcenda o mero cumprimento de formalidades institucionais.

Enfim, a atuação dos profissionais, com destaque para os enfermeiros, não deve se limitar ao que está descrito e preconizado, embora não possa prescindir disso. Requer uma postura que considere o outro mais que um simples objeto portador de uma doença. Significa cuidar de alguém que, readmitido, trouxe o que de mais íntimo e subjetivo compõe a sua maneira atual de ser: o seu desejo de ter reconhecido seus sentimentos, de ter tempo para existir enquanto readmitido, de sentir-se acolhido e direcionado à autonomia, visando organizar-se em suas relações consigo mesmo, com os outros e com a sua espiritualidade. Vale ressaltar que estar readmitido é uma experiência única e individual, que exige um olhar sensível para as necessidades que não se mostram.

Modelo perfeito de assistência à saúde não existe, sendo necessário, portanto, refletir sobre a prática que distancia profissionais das pessoas que vivenciam a doença. Vislumbrar todas essas dimensões demanda um profissional com formação reflexiva, a partir da vivência do outro, direcionado a potencializar ações que se ocupem do cuidado verdadeiro, que é libertador, e tem dimensão existencial. Inclui abertura, escuta e compreensão, para que possa ser explicitado em seu verdadeiro sentido: o da cura.

Foi possível observar a importância da comunicação em saúde, a competência profissional, o acesso ao serviço de saúde, a necessidade de um

cuidado psicossocioespiritual, além do cuidado biológico e do reconhecimento do paciente como um ser que vai além da sua infecção. A readmissão não tem apenas um custo para o sistema de saúde, mas também social.

Assim, os resultados do estudo devem ainda repercutir na questão não menos importante sobre a formação profissional. O modelo biomédico, centrado apenas na doença, não contempla essa subjetividade, e não se observa, muitas vezes, nem mesmo a sua transversalidade nos modelos curriculares. Disciplinas que incluam a vertente filosófica, em especial a heideggeriana na formação em saúde, contribuirão para formar cuidadores com uma visão empática, ou seja, além de olhar e ouvir, serão capazes de ver e escutar, permitindo ao outro, dessa forma, *ser* em toda a sua singularidade e plenitude.

Considerações finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação, realizada à luz do referencial existencial de Martin Heidegger, permitiu compreender o fenômeno readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico e foi capaz de mostrar o que estava latente ou contido nos depoimentos colhidos e que compõem a história do indivíduo readmitido.

A compreensão desse fenômeno pode subsidiar a prática dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, que estão mais próximos aos pacientes. O significado do cuidar, que passa a acontecer na perspectiva do indivíduo, implica ouvir os relatos que demandam ser escutados. Essa atitude, denominada acolhimento, passa a existir quando se constrói uma relação intersubjetiva que respeita e considera o outro, compartilhando decisões e promovendo autonomia. Urge desenvolver uma escuta qualificada, permitindo ao outro dizer mais do que fala.

Os resultados desse estudo sinalizam a necessidade de aprofundar o conhecimento das dimensões que envolvem o cuidar com vistas ao desenvolvimento de competências a partir das subjetividades dos momentos vividos no processo saúde-doença. Para isso, conhecer é primordial, refletir possibilita compreender, quando, então, a simples habilidade de ouvir toma o caminho da escuta qualificada, em que as atitudes são possíveis e o profissional de saúde desenvolve a capacidade para o cuidado em seu verdadeiro significado. O cuidado que transcende o saber fazer e tenta alcançar o saber fazer sensível.

O estudo apresenta limitações, pois se trata de pesquisa qualitativa, o número de participantes é reduzido, além de pertencer a uma única instituição assistencial e seus resultados não podem ser generalizados. Sendo assim, não tem a pretensão de que suas conclusões encerrem o objeto de investigação.

E, por fim, considerando a escassez de publicações sobre o tema, reforça-se a necessidade de novos estudos que abordem outros aspectos da readmissão por infecção, tanto para os indivíduos sujeitos dessa ocorrência, quanto para quem

cuida, no sentido de aproximar os olhares para a mesma direção, ou seja, a promoção do verdadeiro cuidado: aquele que liberta.

Referências

REFERÊNCIAS

- Adam MS, Carneiro M, Krummenauer EC, Machado JAA. Controle de infecção e vigilância após a alta em cirurgias ortopédicas. Carta ao Editor. Rev Lat Am Enfermagem [internet]. 2012;20(4):[2 telas]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_23.pdf
- Almeida FS. Sentido e novidade das noções de fenomenologia e de hermenêutica no pensamento de Heidegger. Pensar-Revista Eletrônica da FAJE. 2014;5(2):197-207. Available from: <http://faje.edu.br/periodicos2/index.php/pensar/article/view/3005>
- Andersson AE, Bergh I, Karlsson J, Nilsson K. Patients' experiences of acquiring a deep surgical site infection: an interview study. Am J Infect Control. 2010;38(9):711-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21034980>
DOI: 10.1016/j.ajic.2010.03.017.
- Araújo RA, Cartaxo HGO, Almeida SMO, Abrão FMS, Almeida Filho AJ, Freitas CMSM. Contribuições da filosofia para a pesquisa em Enfermagem. Esc Anna Nery (impr.) 2012;16(2):388-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200025&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S1414-81452012000200025.
- Baptista PCP, Merighi MAB, Freitas GF. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cultura de los cuidados. 2011;15(29):9-15. Available from: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/379>
DOI: 10.7184/cuid.2011.29.02.
- Batista TF, Rodrigues MCS. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal, Brasil: estudo descritivo retrospectivo no período 2005-2010. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(2):253-64. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000200008&script=sci_arttext
DOI: 10.5123/S1679-49742012000200008.
- Biscione FM. Rates of surgical site infection as a performance measure: Are we ready? World J Gastrointest Surg. 2009;1(1):11-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999116/>
DOI: 10.4240/wjgs.v1.i1.11.
- Borges MF, Turrini RNT. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Rev RENE. 2011;12(3):453-61. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a02v12n3.pdf
- Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2012;17(3):575-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300002&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S1413-81232012000300002.

Boulos M. Infecções e emoções. *Rev Med (São Paulo)*. 2014;93(2):56-62. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/97320/96397>
DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v93i2p56-62

Bouso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):397-403. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200014
DOI: 10.1590/S0080-62342011000200014.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (2013-2015). Brasília: 2013. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home/servicosdesaude!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwN3f1dLA0_IEvLUE9DYwN3Q_2CbEdFAE_6R7k!/?1dmy&urile=wcm%3Apath%3A/anvisa+portal/anvisa/inicio/servicos+de+saude/publicacao+servicos+de+saude/programa+nacional+de+prevencao+e+controle+de+infecoes+relacionadas+a+assistencia+a+saude+2013++2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sítio Cirúrgico: critérios nacionais de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: 2009. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Monitoramento de Próteses Implantadas. Brasília: 2014. Available from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/plataforma-online-monitorea-proteses-implantadas-no-pais>

Broska Jr CA, De Folchini AB, Bettiga M, Benção AL, Furiatti GB, Ribas E, Yoshysu AY, Boese LCR, Jorge ML SG. Perfil das Infecções de sítio cirúrgico num hospital de Curitiba. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*. 2012;2(3):67-71. Available from: <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/56>

Bruschini MCA, Ricoldi AM. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. *Estudos Feministas*. 2012;20(1):259-87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100014
DOI: 10.1590/S0104-026X2012000100014.

Campoccia D, Montanaro L, Arciola CR. A review of the clinical implications of anti-infective biomaterials and infection-resistant surfaces. *Biomaterials*. 2013;34(33):8018-29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932292>
DOI: 10.1016/j.biomaterials.2013.07.048.

- Camponogara S, Viero CM, Pinno C, Soares SGA, Rodrigues IL, Cielo C. Percepções de pacientes pós-alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor. *R Enferm Cent O Min*. 2015;5(1):1505-13. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/747/840>
- Cardinalli IE. Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). *Psicol USP*. 2015;26(2):249-58. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642015000200249&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/0103-656420135013.
- Carvalho LBA, Alves AMF, Passos CA, Lopes FG, Holanda RB, Moreira V. A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em Fortaleza. *Rev abordagem gestalt*. 2015;21(1):1-12. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672015000100002&script=sci_arttext
- Castella A, Argentero PA, Farina EC, Charrier L, Brach del Prever EM, Zotti CM and the Piemonte Nosocomial Infection Study Group. Incidence of surgical-site infections in orthopaedic surgery: a northern Italian experience. *Epidemiol Infect*. 2011;139(5):777-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619080>
DOI: 10.1017/S0950268810001627.
- Castro FF. Linguagem e Comunicação em Heidegger. *Galáxia* (São Paulo, *Online*). 2014;(27):85-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/gal/v14n27/07.pdf>
DOI: 10.1590/1982-25542014116332.
- Chianca TCM, Tannure MC. A tecnologia como instrumento facilitador do cuidado integral de Enfermagem. *Enfermagem Revista*. 2014;17(2):100-2. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/8335/7194>
- Contreras JJ, Sepúlveda M. Bases moleculares de la infección asociada a implantes ortopédicos. *Rev chil infectol*. 2014;31(3):309-22. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n3/art10.pdf>
DOI: 10.4067/S0716-10182014000300010.
- Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde soc*. 2014;23(4):1356-69. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401356
DOI: 10.1590/S0104-12902014000400019.
- Despaigne Alba I, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI, Pascual Bestard M, Ricardo Ramírez JM. Morbilidad y mortalidad por infecciones posoperatorias. *Rev Cubana Cir*. 2013;52(1):13-24. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000100003
- Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicol Teor Pesq*. 2011;27(1):49-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000100007&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S0102-37722011000100007.

Dubory A, Giorgi H, Walter A, Bouyer B, Vassal M, Dhenin A, et al. Surgical-site infection in spinal injury: incidence and risk factors in a prospective cohort of 518 patients. *Eur Spine*. 2015;24(3):543-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25148864>
DOI: 10.1007/s00586-014-3523-4.

Ercole FF, Chianca TC, Duarte D, Starling CE, Carneiro M. Surgical site infection in patients submitted to orthopedic surgery: the NNIS risk index and risk prediction. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011a;19(2):269-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200007
DOI: 10.1590/S0104-11692011000200007.

Ercole FF, Franco LM, Macieira TG, Wenceslau LC, Resende HI, Chianca TC. Risk of surgical site infection in patients undergoing orthopedic surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011b;19(6):1362-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600012
DOI: 10.1590/S0104-11692011000600012.

Faller JW, Teston EF, Marcon SS. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):128-37. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00128.pdf
DOI: 10.1590/0104-07072015002170013.

Fernandes CR, Falcão SNRS, Gomes JMA, Colares FB, Maior MMMS, Correa RV, Bessa OAC. Ensino de emergências na graduação com participação ativa do estudante. *Rev bras educ med*. [Online]. 2014;38(2):261-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a13v38n2.pdf>
DOI: 10.1590/S0100-55022014000200013.

Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Rev bras educ med*. 2014;38(2):283-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200016
DOI: 10.1590/S0100-55022014000200016.

Flanigan DC, Everhart JS, Glassman AH. Psychological factors affecting rehabilitation and outcomes following elective orthopaedic surgery. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23(9):563-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26195567>
DOI: 10.5435/JAAOS-D-14-00225.

Gaynes RP, Culver DH, Horan TC, Edwardas JR, Richards C, Tolson JS. Surgical site infection (SSI) rates in the United States, 1992-1998: The national nosocomial infections surveillance system basic SSI risk index. *Clin Infec Dis*. 2001;33(S02):69-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11486302>

Gil AC, Yamauchi NI. Elaboração do Projeto na Pesquisa Fenomenológica em Enfermagem. *Rev Baiana Enferm*. 2012;26(3):565-73. Available from: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6613>
DOI: 10.18471/rbe.v26i3.6613.

Giroti SKO, Garanhani ML. Infecções relacionadas à assistência à saúde na formação do enfermeiro. Rev Rene. 2015;16(1):64-71. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1972/pdf>
DOI: 10.15253/2175-6783.2015000100009.

Goidanich M, Guzzo F. Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização: O Paciente Cirúrgico. Rev SBPH. 2012;15(1):232-48. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582012000100013&script=sci_arttext

Gomes AMT. O cuidado de enfermagem como presença significativa: uma interseção entre a criatividade e a tecnologia. Rev enferm UERJ. 2014;22(6):733-4. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15783>
DOI: 10.12957/reuerj.2014.15783.

Gomes AMT, Espírito Santo CC. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. Rev enferm UERJ. 2013;21(2):261-4. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a20.pdf>

Gonçalves PSL. Qual é o *lócus* de Deus: no túmulo ou no homem? A religião à luz da fenomenologia ou ontologia hermenêutica heideggeriana. Numen: revista de estudo e pesquisa em religião. 2015;17(2):223-50. Available from: <http://numen.ufjf.emnuvens.com.br/numen/article/view/2838/2182>

Gonçalves TM. Habitar: casa como contingência da condição humana. Revista INVI. 2014;29(8):83-108. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25830416006>
DOI: 10.4067/S0718-83582014000100004.

González AD, Garanhani ML, Bortoletto MSS, Almeida MJ, Melchior R, Nunes EFPA. Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2012;16(42):809-17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300017&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S1414-32832012005000035.

Goveia VR, Mendoza IYQ, Couto BRGM, Ferreira JAG, Paiva EB, Guimarães GL, et al. Perfil dos pacientes submetidos à artroplastia do quadril em hospital de ensino. Rev Col Bras Cir. 2015;42(2):106-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v42n2/pt_0100-6991-rcbc-42-02-00106.pdf
DOI: 10.1590/0100-69912015002007.

Graças EM, Santos GF. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):200-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100026&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S0080-62342009000100026.

- Guimarães AC. Uma aproximação aos conceitos básicos da Fenomenologia. *Fenomenol e Psicol*. 2013;1(1). Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/1353>
- Harrison R, WalManias E, Smith-Merry J3th, Kelly P, Iedema R, Robison L. The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care*. 2015. [Epub ahead of print]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26424702>
- Harrop JS, Styliaras JC, Ooi YC, Radcliff KE, Vaccaro AR, Wu C. Contributing factors to surgical site infections. *J Am Acad Orthop Surg*. 2012;20(2):94-101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22302447>
DOI: 10.5435/JAAOS-20-02-094.
- Heidegger M. *Ser e Tempo*. Trad. de Márcia Sá Cavalcanti Schuback. Bragança Paulista: Universitária São Francisco; 2011. (Coleção Pensamento Humano).
- Hoang-Kim A, Miclau T, Goldhahn J, Nijman TH, Poolman RW. Patient-important outcome for the assessment of fracture repair. *Injury*. 2014;45 Supl2:S44-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24857028>
DOI: 10.1016/j.injury.2014.04.008.
- Horan TC; Andrus M; Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*. 2008;36(5):309-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538699>
DOI: 10.1016/j.ajic.2008.03.002.
- Husebye EE, Lyberg T, Opdahl H, Aspelin R, Stoen RO, Madsen JE, *et al*. Intramedullary nailing of femoral shaft fractures in polytraumatized patients. a longitudinal, prospective and observational study of the procedure-related impact on cardiopulmonary- and inflammatory responses. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20(2):1-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221511>
DOI: 10.1186/1757-7241-20-2.
- Josgrilberg RS. O método fenomenológico e as ciências humanas. In: Castro DSP, organizador. *Fenomenologia e análise do existir*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo (SP): Metodista Digital; 2000:75-93.
- Kapadia BH, McElroy MJ, Issa K, Johnson AJ, Bozic KJ, Mont MA. The economic impact of periprosthetic infections following total knee arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2014;29(5):929-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24140271>
DOI: 10.1016/j.arth.2013.09.017.
- Kempfer SS, Carraro TE. Temporalidade: o existir e a perspectiva da finitude para o ser-acadêmico-de-enfermagem ao experienciar a morte. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):728-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00728.pdf
DOI: 10.1590/0104-07072014001980013.

- Kirby SE; Dennis SM; Jayasinghe UW; Harris MF. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. BMC Health Serv Res. 2010;10:216. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918597/pdf/1472-6963-10-216.pdf>
DOI: 10.1186/1472-6963-10-216.
- Lavernia CJ; Villa JM; Iacobelli DA. Readmission Rates in the State of Florida: a reflection of Quality?. Clin Orthop Relat Res.2013;471(13):3856-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23423619>
DOI: 10.0007/s11999-013-2849-2.
- Leaper D, Tanner J, Kiernan M. Surveillance of surgical site infection: more accurate and intensive recording needed. J Hosp Infect. 2013;83(2):83-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332350>
DOI: 10.1016/j.jhin.2012.11.013.
- Lima AB, Barbosa PMK, Morita I. Pacientes com artroplastia total primária do quadril: sentimentos vivenciados. Rev Min Enferm. 2014;18(4):789-94. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/963>
DOI: 10.5935/1415-2762.20140058.
- Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Texto Contexto Enferm. 2014;23(2):417-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf
DOI: 10.1590/0104-07072014000290013.
- Machado L, Turrini RNT, Siqueira AL. Reingresso por infección de sitio quirúrgico: una revisión integradora. Rev chil infectol. 2013;30(1):10-6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000100002
DOI: 10.4067/S0716-10182013000100002.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20(4):247-80. Available from: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/SSIguidelines.pdf>
- Maniva SJCF, Freitas CHA, Jorge MSB, Carvalho ZMF, Moreira TMM. Experiencing acute stroke: the meaning of the illness for hospitalized patients. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):362-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743902>
DOI: 10.1590/S0080-62342013000200013.
- Merkow RP, Ju MH, Chung JW, Hall BL, Cohen ME, Williams MV, Tsai TC, Ko CY, Bilimoria KY. Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. Jama. 2015;313(5):483-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25647204>
- Miranda SM, Santos LNM, Luz MHBA, Pedrosa JIS, Monteiro CFS. Aspectos éticos em pesquisas qualitativas da enfermagem: uma abordagem reflexiva. Rev Enferm UFPI. 2013;2(4):92-6. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1095/pdf>

Mota A, Carvalho B, Cândido L, Lomanto R, Maia T. Exame do CREMESP como indicador da qualidade do ensino médico. *Rev bras educ med*. 2014;38(1):150-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100020&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S0100-55022014000100020.

Nacke E, Ramos N, Stein S, Hutzler L, Bosco III JA. When do readmissions for infection occur after spine and total joint procedures? *Clin Orthop Relat Res*. 2013;471(2):569-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22968535>
DOI: 10.1007/s11999-012-2597-8.

Nagai K, Ikutomo H, Yamada M, Tsuboyama T, Masuhara K. Fear of falling during activities of daily living after total hip arthroplasty in Japanese women: a cross-sectional study. *Physiotherapy*. 2014;100(4):325-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24602831>
DOI: 10.1016/j.physio.2013.10.006.

National Healthcare Safety Network (NHSN)/ CDC/NHSN Protocol Clarifications. 2013. Available from: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf.

Nepomuceno FCL, Melo Jr IM, Silva EA, Lucena KDT. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde Debate* [internet]. 2014;38(100):119-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100119
DOI: 10.5935/0103-104.20140006.

Nogueira RP. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(1):259-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100028
DOI: 10.1590/S1413-81232011000100028.

Oliveira MFV, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):376-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200025&script=sci_arttext
DOI: 10.1590/S0034-71672011000200025.

Oliveira SN. Psicanálise e Saúde: a circulação da palavra na saúde ocupacional. *Revista de Psicologia*. 2012;3(1):28-37. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/psicologiaufc/article/view/102/101>

Ovaska MT, Mäkinen TJ, Madanat R, Huotari K, Vahlberg T, Hirvensalo E, Lindahl J; Risk Factors for Deep Surgical Site Infection Following Operative Treatment of Ankle Fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95(4):348-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23426769>
DOI: 10.2106/JBJS.K.01672.

Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. Rev Saúde Pública [online]. 2014;48(6):995-1001. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600995&script=sci_abstract&tlng=pt
DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004825.

Paladini EP. Gestão da qualidade: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 2014;67(3):468-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0468.pdf>
DOI: 0.5935/0034-7167.20140063.

Paula CC, Souza IEO, Cabral IE, Padoin STM. Analytical movement – Heideggerian hermeneutics: methodological possibility for nursing research. Acta paul enferm. 2012;25(6):984-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600025
DOI: 10.1590/S0103-21002012000600025.

Peixoto AJ. Fenomenologia, ética e educação: uma análise a partir do pensamento de Husserl. Filosofia e Educação [Online]. 2011;3(1):3013-30. Available from: <https://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/rfe/article/view/2886/2530>

Pinto CZS, Alpendre FT, Stier CJN, Maziero ECS, Alencar PGC, Cruz EDA. Caracterização de artroplastias de quadril e joelho e fatores associados à infecção. Rev Bras Ortop. 2015. [Epub ahead of print]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361615000624>.
DOI: 101016/j.rbo.2015.04.017.

Pupulim JSL, Sawada NO. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. Rev Bras Enferm. [online]. 2012;65(4):621-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400011
DOI: 10.1590/S0034-71671012000400011.

Queiroz PJP. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. Rev Enf Ref. 2015;IV(5):139-46. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a16.pdf>
DOI: 10.12707/RIV14079.

Rassouli MR, Respreto C, Maltenfort MG, Purtill JJ, Parvizi J. Risk factors for surgical site infection following total joint arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2014;96(18):e158. Available from: <http://bjss.org/content/96/18/e158>
DOI: 10.2106/JBJS.M.01363.

Răutia C, Nemet C. The impact of nosocomial infections on orthopedic patients quality of life. AMT. 2015;20(2):10-2. Available from: <http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2015/Nr2-en/Rautia.pdf>

Ribeiro JC, Santos CB, Bellusse GC, Rezende VF, Galvão CM. Ocorrência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias ortopédicas. *Acta paul enferm.* 2013;26(4):353-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400009

DOI: 10.1590/S0103-21002013000400009.

Rodrigues P, Silva M, Antunes A, Neves N, Oliveira P, Pinto R. Factores de risco para infecção em artroplastia total do joelho. *Rev Port Ortop Traum.* 2012;20(4):437-43.

Available from: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1646-21222012000400005&script=sci_arttext

Roehe MV, Dutra E. Dasein, o entendimento de Heidegger sobre o modo de ser humano. *Av Psicol Latinoam.* 2014;32(1):105-13. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242014000100008&script=sci_arttext

DOI: 10.12804/apl32.1.2014.07.

Romanò CL, Toscano M, Romanò D, Drago L. Antibiofilm agentes and implant-related infections in orthopaedics: Where we are? *J Chemother.* 2013;25(2):67-80.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684354>

DOI: 10.1179/1973947812Y.0000000045

Salbego C, Dornelles CS, Greco PBT, Pradebon VM, Alberti GF. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. *Rev RENE.* 2015;16(1):46-53.

Available from:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1893>

DOI: 10.15253/2175-6783.2015000100007.

Saleh, KJ, Bozic KJ, Graham DB, ShahaSH, Swiontkowski MF, Wright JG, *et al.* Quality in orthopaedic surgery – an international perspective: AOA critical issues. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95(1):1-9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23283380>

DOI: 10.2106/JBJS.L.00093.

Sanches ICP, Couto IRR, Abrahão AL, Andrade M. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado?. *Ciênc saúde coletiva* [online]. 2013;18(1):67-76. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100008&script=sci_arttext

DOI: 10.1590/S1413-81232013000100008.

Santos CAV, Carlo MMRP. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2013;21(1):99-107.

Available from:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/735>

DOI: 10.4322/cto.2013.014.

Santos DS, Tenório EA, Brêda MZ, Mishima SM. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev Lat Am Enfermagem*. Forthcoming 2014;22(6):918-25. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf

DOI: 10.1590/0104-1169.0002.2496.

Santos E, Martins M. Linguagem: Início da Kehre no pensamento de Heidegger ainda em Ser e Tempo. *Natureza Humana*. 2014;16(1):1-27. Available from:

<http://revistas.dwwe.com.br/index.php/NH/article/view/71/47>

Santos MLG, Teixeira RR, Diogo-Filho, A. Surgical site infections in adults patients undergoing of clean and contaminated surgeries at a university Brazilian hospital. *Arq Gastroenterol*. [online]. 2010;4(47):383-7. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000400012

DOI: 10.1590/S0004-28032010000400012.

Santos MNA, Sá AMM. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(4):854-61. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00854.pdf

DOI: 10.1590/0104-07072014000840013.

Saucedo JM, Marececk GS, Wanke TR, Lee J, Stulberg D, Puri L. Understanding readmission after primary total hip and knee Arthroplasty: who's at risk?. *J Arthroplasty*. 2014 (29):256-60. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23958236>

DOI: 10.1016/j.arth.2013.06.003.

Schweizer ML, Cullen JJ, Perencevich EN, Vaughan Sarrazin MS. Costs associated with surgical site infections in Veterans Affairs Hospital. *JAMA Surg*.

2014;149(6):575-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24848779>

DOI: 10.1001/jamasurg.2013.4663.

Scuderi GR. The challenges of perioperative pain management in total joint arthroplasty. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2015;44(10Suppl):S2-4. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26447428>

Sikora A; Koziot-Montewska M. Surgical site infection: clinical and microbiological aspects. *Wiad Lek*. 2010;63(3):221-9. Available from:

<http://europepmc.org/abstract/MED/21125746>

Silva AL, Silva LF, Souza IEM, Moreira RVO. Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):168-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100023&script=sci_arttext

DOI: 10.1590/S1414-81452013000100023.

Silva BT, Silva MRS. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):957-64. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0957.pdf>

DOI: 10.1590/0034-7167.2014670614.

Silva FLF, Oliveira RCC, Sá LD, Lima AS, Oliveira AAV, Collet N. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. *Cienc Cuid Saúde*. 2014;13(2):210-8. Available from:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22015>

DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i2.22015.

Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Online]. 2009;43(3):697-703.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300028&script=sci_abstract&lng=pt

DOI: 10.1590/S0080-62342009000300028.

Singh M. Communication as a bridge to build a sound doctor-patient/parent relationship. *Indian J Pediatr*. 2015. [Epub ahead of print]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26228061>

Souza ES, Belei RA, Carrilho CMDM, Matsuo T, Yamada-Ogatha SF, Andrade G, Perugini MRE, Pieri FM, Dessunti EM, Kerbaux G. Mortalidade e riscos associados à infecção relacionada à assistência à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):220-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00220.pdf

DOI: 10.1590/0104-17072015002940013.

Tanner J, Padley W, Davey S, Murphy K, Brown B. Patients' experiences of surgical site infection. *J Infect Prev*. 2012;13(5):164-8. Available from:

<http://bjj.sagepub.com/content/early/2012/07/25/1757177412452677.abstract>

DOI: 10.1177/1757177412452677.

Tavares LMB, Barbosa FC. Reflexões sobre a emoção do medo e suas implicações nas ações de defesa civil. *Ambiente e Sociedade*. 2014;17(4):17-34. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n4/a02v17n4.pdf>

Tchaou BA, Djidonou A, Tognon TF, Tagné Foko JS, Gandaho P, le Polain de Waroux B, Chobli M. Preoperative psychological experience and beliefs in adult patients scheduled for surgery at the University Hospital of Parakou in Benin. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2014;33(11):576-80. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25450731>

DOI: 10.1016/j.annfar.2014.07.749.

Torres LM, Turrini RNT, Lacerda RA. Readmissão por infecção do sítio cirúrgico em um hospital público de Belo Horizonte (MG) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Torres LM, Turrini RNT, Merighi MAB, Cruz AG. Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2015a;49(6). No prelo.

Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saude soc.* 2015b;24(1):361-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf>

DOI: 10.1590/S0104-12902015000100028.

Tutton E, Seers K, Langstaff D. Hope in orthopaedic trauma: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(7):872-9. Available from: <http://wrap.warwick.ac.uk/47168/>
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.01.013.

Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):429-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000200024&script=sci_arttext

DOI: 10.1590/S0080-62342009000200024.

von Zuben NA. A Fenomenologia como retorno à ontologia em Martin Heidegger. *Trans/Form/Acao.* 2011;34(2):85-102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732011000200006
DOI: 10.1590/S0101-31732011000200006.

Waldow VR, Fensterseifer LM. Saberes da Enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. *Esc Anna Nery.* 2011;15(3):629-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300027&script=sci_arttext

DOI: 10.1590/S1414-81452011000300027.

Yong WC, Nadarajah SR, Skeath PR, Berger AM. Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. *Palliat Support Care.* 2015;13(3):653-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24774033>
DOI: 10.1017/S1478951514000340.

Zimmerli W, Moser C. Pathogenesis and treatment concepts of orthopaedic biofilm infections. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2012; 65(2):158-68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309166>

DOI: 10.1111/j.1574-695X.2012.00938.x.

Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, *et al.* Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis.* 2015;15(2):212-24. Available from:

[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(14\)70854-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(14)70854-0/abstract)
DOI: 10.1016/S1473-3099(14)70854-0.

Apêndices

APÊNDICE A - Cronograma de execução

	ATIVIDADE / SEMESTRE / ANO	1º/ 2012	2º/ 2012	1º/ 2013	2º/ 2013	1º/ 2014	2º/ 2014	1º/ 2015	2º/ 2015
1	Curso das disciplinas								
2	Revisão de literatura								
3	Preparação do projeto para qualificação								
4	Exame de Qualificação								
5	Ajustes finais após qualificação								
6	Encaminhamento do projeto aos CEPs								
7	Validação da coleta de dados								
8	Coleta de dados								
9	Estágio no exterior								
10	Análise e tratamento dos dados								
11	Elaboração do artigo								
12	Elaboração do Relatório Final								
13	Revisão do texto								
14	Entrega do trabalho								
15	Defesa da tese								
16	Elaboração do artigo								
17	Divulgação de resultados								

APÊNDICE B – Carta de anuência da instituição

Belo Horizonte, de Dezembro de 2013.

Ilma. Sra. Dra. Luisane Maria Falci Vieira

DD. Gerente Técnica Hospitalar do HGIP - IPSEMG

Solicitamos sua autorização para a realização da pesquisa intitulada **“Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: uma abordagem compreensiva”**, estudo proposto junto à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Doutor em Ciências, de autoria de Lilian Machado Torres, orientada pelas Prof.^a Dra. Ruth Natália Teresa Turrini e Prof.^a Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

O estudo tem como objetivo **compreender a readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico na perspectiva do sujeito**. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na Fenomenologia de Heidegger, em que a coleta de dados será realizada por meio de depoimentos dos indivíduos readmitidos para tratamento de infecção pós-operatória ortopédica.

Desde já, firmamos o compromisso de pautar todas as atividades em princípios éticos tradicionais, com o uso restrito dos dados e informações para a pesquisa, e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa e disponibilizando os resultados para a instituição.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

LILIAN MACHADO TORRES

Identificação: CI – MG - 1.398.676 SSP-MG

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225. Santa Efigênia. Belo Horizonte - MG.

Telefone: (0xx31) 99710806

E-mail: lilian.torres@superig.com.br

Orientadoras: Prof.^a Dra. Ruth N. T. Turrini e Miriam A. B. Merighi

Telefones: (0xx11) 30617533/8804

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa **“Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: um abordagem compreensiva”**. O objetivo desse estudo é compreender a readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico, na perspectiva do paciente.

Para se incluir nesta pesquisa, você deverá participar de uma entrevista comigo, que será gravada após seu consentimento e que poderá ser encerrada quando preferir. Os dados coletados serão analisados e os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo seu nome em sigilo.

A pesquisa oferece o risco de você sentir-se desconfortável apenas por estar respondendo às questões propostas, no entanto, são questões relacionadas à sua readmissão, que serão tratadas com todo o cuidado e sigilo. A coleta de informações ocorrerá na sala de espera ou de reuniões, à beira do leito ou onde se sentir melhor.

Você não terá gastos decorrentes de sua participação e nem receberá qualquer espécie de reembolso por sua participação. Sua participação é voluntária e poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízos para o seu atendimento ou tratamento. As gravações e transcrições serão guardadas em local seguro e sob sigilo absoluto e, depois de analisado, o material será destruído.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (31) 9971-0806, no endereço hospitalar: Alameda Ezequiel Dias, 225, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, ou no endereço eletrônico lilian.torres@ipsemg.mg.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Eduardo de Menezes também está à disposição para esclarecimentos, por intermédio da Sra. Polliana Lança, através do telefone: (31) 3328-5084, no endereço: Av. Dr. Cristiano Resende, 2213, Bonsucesso, CEP 30622-020, Belo Horizonte - MG. Endereço eletrônico: hem.nep@fhemig.mg.gov.br.

O CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo também estará à sua disposição, por intermédio do Sr. Edivaldo, Sra. Gildete ou Sra. Adinair, pelo telefone (11) 3061-7548. Endereço eletrônico: edipesq@usp.br.

Consentimento de participação da pessoa como participante

Eu,.....(PARTICIPANTE)
carteira de identidade, CPF..... declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado pelo pesquisador dos procedimentos que serão utilizados, dos riscos, desconfortos, benefícios, custos e confidencialidade da pesquisa **“Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: uma abordagem compreensiva”**. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a quaisquer prejuízos. Declaro que ainda recebi uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Belo Horizonte,/...../ 2014.

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Readmissão por Infecção do Sítio Cirúrgico Ortopédico: uma abordagem compreensiva

Pesquisador: LILIAN MACHADO TORRES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27084014.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 527.293

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O foco do estudo é a experiência da readmissão hospitalar para tratamento de infecções pós-operatórias ortopédicas. Será desenvolvido em um hospital geral público de Belo Horizonte, MG com cerca de 10 pacientes adultos, na faixa etária de 41 a 80 anos, independente de gênero, que foram submetidos à intervenção cirúrgica para correção aberta de fraturas e artroplastias, na instituição e que foram reinternados com diagnóstico de infecção do sítio cirúrgico ortopédico, para tratamento medicamentoso ou para nova cirurgia. Trata-se de pesquisa qualitativa com fundamentação teórico-metodológica na fenomenologia de Martin Heidegger. Os dados serão obtidos por meio de entrevista aberta, individual que será gravada em áudio, no próprio hospital, em local reservado e agendada previamente. Os relatos serão transcritos, organizados em unidades de sentido e analisados à luz da fenomenologia existencial de Heidegger.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a experiência de pacientes readmitidos por infecção do sítio cirúrgico ortopédico.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 527.293

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, considera-se a possibilidade de risco subjetivo, como desconforto de responder a uma entrevista para verbalização de sentimentos, impressões e desejos.

O estudo trará benefícios à população estudada, visto que a experiência dos sujeitos poderão oferecer bases para a compreensão da realidade do pensar e do fazer, dimensões que englobam a subjetividade e objetividade e que podem se tornar um caminho que possibilita novo olhar sobre os indivíduos, os espaços e o vivido pela enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está redigido com clareza, objetivo definido, apresenta fundamentação teórica e metodológica coerente com o objeto do estudo. O referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger tem se mostrado consistente e adequado para a Enfermagem, em função de seus princípios humanistas que envolvem teoria e prática do cuidado, na tentativa de compreender como os fenômenos impactam a saúde dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. A análise fenomenológica prevê a identificação das Unidades de Sentido dos Discursos as quais serão agrupadas e categorizadas, com vistas à sua redução para elucidação do objeto de estudo: a experiência dos sujeitos readmitidos por infecção do sítio cirúrgico ortopédico, à luz da fenomenologia existencial de Heidegger.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Página de Rosto está preenchida adequadamente e assinada pela pesquisadora e pela Diretora da instituição proponente.

O TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está elaborado na forma de convite e atende às exigências do CNS. No entanto, há necessidade de correção em alguns termos como "reembolso" no terceiro parágrafo, pois não está previsto gasto pelo paciente e "cópia", na última frase na indicação de que o documento é uma cópia, visto que trata-se de uma das vias.

O cronograma de execução está adequado o desenvolvimento do projeto.

Recomendações:

No TCLE:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 527.293

1. substituir os termos "reembolso" por "pagamento" e "cópia" por "via" e explicitar que a outra via ficará com a pesquisadora.
2. escrever por extenso o nome do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos.

Atender às recomendações indicadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação por este CEP não substitui, nem dispensa, a autorização da co-participante, antes do início da coleta de dados. Reitera-se a necessidade de registro de relatórios parcial e final na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 11 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br