



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

RAQUEL SILVEIRA MENDES

AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO CLÍNICO SEGURO À MULHER
NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE CÂNCER GINECOLÓGICO

FORTALEZA - CEARÁ

2016

RAQUEL SILVEIRA MENDES

AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO CLÍNICO SEGURO À MULHER NO
PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE CÂNCER GINECOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Virgínia de Melo Fialho

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Mendes, Raquel Silveira.

Ações de enfermagem para o cuidado clínico de seguro à mulher no período perioperatório com câncer ginecológico [recurso eletrônico] / Raquel Silveira Mendes. - 2016.

1 CD-ROM: 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 63 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde .

Orientação: Prof.^a Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho.

1. Segurança do Paciente. 2. Ações do Cuidado. 3. Enfermagem. I. Título.



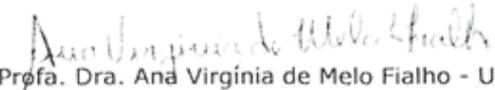
Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Raquel Silveira Mendes**
realizada no dia 04 de abril de 2016.

Ao quarto dia do mês de abril do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Ana Virgínia de Melo Fialho, Dafne Paiva Rodrigues e Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Raquel Silveira Mendes** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "Ações de Enfermagem para o Cuidado Clínico Seguro a Mulher no Período Perioperatório de Câncer Ginecológico", A defesa da referida Dissertação ocorreu das 9:30 as 10:55, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda APROVADA, por sua Dissertação e defesa pública. Eu, ANA VIRGINIA DE MELO FIALHO que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho - UECE
(2º membro)

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão do meu viver, por mais esta graça alcançada, por sua infinita misericórdia e pelo amor incondicional.

À Universidade Estadual do Ceará por proporcionar ampliação do conhecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE e a todos os professores doutores pelos momentos de aprendizado e crescimento profissional.

Aos meus pais, Luís e Elinete, pelo amor, carinho, por acreditarem em mim e pelas orações diárias.

Ao meu querido irmão, Eliel e minha cunhada Dieyla, pelo companheirismo e apoio de sempre.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Ana Virginia, pelos ensinamentos, críticas, sugestões, disponibilidade, confiança, paciência e amizade.

Aos membros da banca, Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva, Prof.^a Dr.^a Rhanna Carvalho e Prof.^a Dr.^a Adriana Catarina, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Aos amigos, Juliana Granjeiro, Alexandre Freitas, Aline Calfope, Cristiane Branco e Ysabely Pamplona, pelo companheirismo, amizade, incentivo e força ao longo desta jornada acadêmica.

Aos colegas da turma X do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (GRUPESME), da UECE, pelo acolhimento, companheirismo, crescimento, amizade e auxílio na coleta de dados.

Ao comitê de ética do Hospital Haroldo Juaçaba pela liberação do serviço para a realização desta pesquisa.

A toda a equipe de enfermagem participante do estudo pela contribuição e disponibilidade.

Aos amigos, em especial cito as amigas Amanda Cruz, Elizabeth Soares e Juliana Figueiredo, que se fizeram presentes em minha caminhada acadêmica, compartilhando saberes e alegrias.

À secretária e amiga Aline Luzia pela gentileza e atenção em todos os momentos.

Aos que não citei, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, muito obrigada.

RESUMO

A segurança do paciente apresenta uma relação muito próxima das ações do cuidado de enfermagem, principalmente quando se pensa no cuidado clínico à mulher com câncer ginecológico. O estudo objetivou avaliar as ações de enfermagem para a promoção do cuidado clínico seguro à mulher no período perioperatório do tratamento de câncer ginecológico e as ações de enfermagem para garantir a segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, realizada em um hospital de referência em câncer com a equipe de enfermagem que atuava nos períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A coleta de dados foi feita através de entrevista semiestruturada, no período de junho a setembro de 2015. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise temática, sendo fundamentada na literatura pertinente à temática. Após análise dos dados, emergiram quatro categorias: A Concepção de segurança do paciente; Ações de cuidado e suas implicações na segurança do paciente; A Influência da lista de verificação da cirurgia segura (*checklist*) na comunicação entre os membros da equipe de enfermagem; A experiência de trabalhar como protocolo de segurança do paciente. Os resultados revelaram que a concepção quanto à segurança do paciente pelos integrantes da equipe de enfermagem considerava que estava ligada à prevenção de quedas e com isso o cuidado prestado pela equipe de enfermagem apresentou-se de forma fragmentada, com atividades dirigidas apenas para a prevenção de eventos adversos como a queda. Quanto às ações da equipe de enfermagem para garantir a segurança do paciente, a administração de medicamentos e a precaução com a disseminação de infecção foram evidenciadas como geradoras de preocupação. No tocante ao uso do *checklist* e sua influência na comunicação, constatou-se uma oportunidade de melhorar a comunicação, além disso o uso do mesmo diminuiu a divergência provocada por situações inesperadas. A experiência de trabalhar com o protocolo de segurança do paciente considerou o *checklist* como um recurso que garante a execução do trabalho, apesar de se limitarem ao uso do mesmo, comprometendo a ampliação dos cuidados de enfermagem voltados para o paciente. Concluiu-se que a concepção de segurança do paciente atribuída pela equipe está ligada à prevenção de quedas e que a hegemonia da rotina expressada pelos integrantes da equipe implicou no automatismo das ações de enfermagem, comprometendo o olhar da equipe de forma integral sobre o sujeito, gerando, assim, um obstáculo para o desenvolvimento do cuidado clínico seguro.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Ações de Cuidado. Enfermagem.

ABSTRACT

Patient safety has a very close relationship with nursing care actions, especially when thinking in the clinical care of women with gynecologic cancer. The study aimed to evaluate nursing actions for the promotion of a safe clinical care to women in perioperative treatment of gynecologic cancer and nursing actions to ensure patient safety. This is an exploratory and descriptive research with a qualitative approach held in a reference hospital in cancer with the nursing team working in the preoperative, intraoperative and postoperative period. Data collection was through a semi-structured interview, from June to September 2015. The data were analyzed using thematic analysis, based on the literature on this theme. After analyzing the data, four categories emerged: The patient safety concept; Care actions and their implications for patient safety; The Influence of the safe surgery checklist in the communication between members of the nursing team; The experience of working as a patient safety protocol. The results showed that the concept of the patient safety by members of the considered nursing team that was on the prevention of falls and with it the care provided by the nursing team presented in a fragmented way, with activities directed only to prevent adverse events such as the fall. As for the nursing team's actions to ensure patient safety, administering medications and caution with the spread of infection were observed as concern generators. Regarding the use of the checklist and its influence on communication, there was an opportunity to improve communication, besides its use decreasing the divergence caused by unexpected situations. The experience of working with patient safety protocol considered the checklist as a resource that ensures the work, although limiting its use, affecting the expansion of nursing care focused on the patient. It was concluded that patient safety concept given by the staff is on the prevention of falls and the hegemony of routine expressed by team members involved in the automation of nursing actions, compromising the view of the team in a full way on the subject, generating an obstacle to the development of safe clinical care.

Keywords: Patient Safety. Care actions. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DOU	Diário Oficial da União
GM	Gabinete do Ministro
GRUPESME	Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem
ICC	Instituto do Câncer do Ceará
INCA	Instituto Nacional do Câncer
EA	Eventos Adversos
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ICC	Instituto do Câncer do Ceará
LILACS	Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PUBMED	National Library of Medicine
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SCIELO	Scientific Library
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	GERAL.....	14
2.2	ESPECÍFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER GINECOLÓGICO.....	15
3.2	O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
4	METODOLOGIA.....	24
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	24
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	25
4.4	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	25
4.5	PROCEDIMENTO PARA ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	28
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
5.2	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS DA TEMÁTICA.....	31
5.2.1	Concepção de Segurança do Paciente.....	31
5.2.2	Ações de Cuidado e suas Implicações à Segurança do Paciente.....	34
5.2.3	A Influência da Lista de Verificação da Cirurgia Segura- <i>Checklist</i> na Comunicação Entre os Membros da Equipe de Enfermagem.....	37
5.2.4	A Experiência de Trabalhar como Protocolo de Segurança do Paciente.....	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS.....	46
	APÊNDICES.....	52

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO À EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	54
ANEXOS.....	55
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.....	56
ANEXO B – ADMISSÃO CIRÚRGICA DE ENFERMAGEM.....	59
ANEXO C – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA- <i>CHECKLIST</i>	62

1 INTRODUÇÃO

O termo câncer é genericamente usado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. As neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população e nos dias atuais, tornou-se um problema de saúde pública mundial (INCA, 2010).

As duas últimas décadas testemunharam um considerável avanço no tratamento do câncer, tendo-se a cura como objetivo terapêutico real em 50% dos tumores diagnosticados. As principais formas de tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a terapia combinada que pode ser a combinação de todas as outras (SOARES; SILVA, 2010).

Epidemiologicamente, destaca-se o câncer de colo de útero, sendo sua incidência maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Em geral, começa a partir de 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos, respondendo pelo óbito de 265 mil mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento (INCA, 2014).

No Brasil, pesquisa recente em um hospital escola do Triângulo Mineiro identificou 321 casos de cânceres ginecológicos, sendo 15 casos de câncer de colo de útero, nove de câncer de ovário, dois casos de câncer de endométrio, um caso de câncer de vulva e outro de vagina (SOARES; SILVA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, entre os tratamentos mais comuns para o câncer de colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia (INCA, 2014). A cirurgia é um dos recursos utilizados como forma de amenizar a evolução da doença, constituindo um momento no qual a mulher requer cuidado dos profissionais de saúde para garantir a segurança terapêutica e o tratamento livre de complicações.

A assistência perioperatória à mulher requer dos profissionais de saúde competência para identificar os riscos, assim como sugerir modificações em prol da recuperação mais rápida e segura (MELO; BARBOSA, 2013). A necessidade de ações de cuidado voltadas para a segurança da mulher submetida a um tratamento cirúrgico incentivou a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados à saúde mais seguros na última década.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). A segurança do paciente é um componente crítico na

melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo mundo, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública.

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para segurança do paciente a fim de facilitar o desenvolvimento de uma política para melhorar a segurança e a qualidade dos serviços de saúde nos Estados-membros. As ações são organizadas sob a forma de campanhas de segurança denominadas desafios globais para a segurança do paciente, apresentando, inicialmente, três desafios: a assistência limpa, cirurgias seguras e prevenção da resistência aos antimicrobianos (WHO, 2009).

Tendo em vista o segundo desafio para segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolveu, em 2010, o manual “Cirurgia Segura Salva Vidas” (BRASIL, 2013). Uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, também denominada *checklist*, foi proposta para ser empregada em qualquer hospital, independentemente do grau de complexidade da assistência cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança (BRASIL, 2013).

No mundo é realizada uma cirurgia para cada 25 pessoas, o que ilustra a importância da segurança na realização do procedimento, pois se estima que metade das cirurgias realizadas acarreta complicações e morte, sendo que 50% dessas ocorrências seriam evitáveis (BRASIL, 2013).

Em busca desse cuidado adequado e de qualidade, surgiu o interesse pela segurança da mulher diagnosticada com câncer ginecológico a partir do entendimento que a equipe de enfermagem é responsável pela oferta de cuidado que engloba muitas ações relacionadas à segurança terapêutica desta paciente, e que estas vão além do protocolo da cirurgia segura.

Entende-se o cuidado clínico de enfermagem quando realizado com competência técnica, ética, responsabilidade, compromisso, utilizando-se do saber-fazer em prol da saúde da mulher com câncer ginecológico no período de internação hospitalar, mas para isso ocorrer é necessário engajamento, organização institucional e eficiência nos processos de comunicação entre os profissionais.

Muitas vezes quando se fala em cuidado clínico, este fica associado ao modelo biológico no processo saúde-doença e que por consequência envolve a Enfermagem no modelo biomédico, mas entende-se neste estudo que o cuidado clínico de enfermagem precisa ir além do que é palpável, devendo considerar o sujeito em toda sua dimensão holística e que a equipe de Enfermagem deve estar voltada para o indivíduo sob seus cuidados, não deve se restringir à doença ou tratamento.

Considera-se o cuidado como um produto de uma ação da prática prestada ao indivíduo no sentido de restaurar e auxiliar o mesmo a cuidar de si próprio. Sob tal abrangência da palavra cuidado, encontra-se o Cuidado Clínico de Enfermagem, muito discutido nas disciplinas teóricas e filosóficas do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, na tentativa de definir seu conceito.

Segundo Oliveira (2013), o cuidado de enfermagem, mas especificamente o cuidado clínico de enfermagem, precisa ser ampliado e ir além do que está visível, levando em consideração a pessoa em si e suas vivências. Oliveira *et al.* (2009) acentuam que é preciso levar em consideração a história de vida de cada sujeito, abrindo espaço para sua fala, e não apenas deixá-lo falar, mas também escutá-lo, valorizá-lo, considerá-lo como um ser que estrutura sua vida e que reage ao processo saúde-doença de maneira bastante particular. O sujeito não é apenas objeto do cuidado, mas também seu agente transformador.

Após essa explanação, a pesquisadora propõe a seguinte definição para Cuidado Clínico de Enfermagem: O cuidado clínico de enfermagem são ações especializadas com base no conhecimento científico, voltadas para a restauração, visando à autonomia do homem.

Assim, por acreditar que o enfermeiro deve implementar o cuidado clínico autônomo e voltado para o ser cuidado, desenvolvendo assim práticas seguras e competentes, surgem os seguintes questionamentos: Quais as ações que estão sendo implantadas buscando a segurança do cuidado prestado pela Enfermagem à mulher com câncer ginecológico? Surgiram repercussões da implantação do protocolo de segurança do paciente para a assistência da equipe de enfermagem? Como a aplicação da lista de verificação da cirurgia segura, o *checklist*, pode facilitar a circulação de informações da equipe de Enfermagem?

O despertar para a investigação do objeto deste estudo surgiu durante a graduação, a partir da vivência na disciplina de Saúde da Mulher que endossou a curiosidade em promover melhorias no cuidado prestado.

A justificativa do estudo reside na possibilidade de compreender como o profissional de enfermagem cuida de forma segura. Associada a esta necessidade, constatou-se também a escassez de estudos na literatura nacional e internacional que abordassem o tema cuidado seguro na perspectiva da mulher com câncer, relacionado ao cuidado no período perioperatório.

Para o levantamento literário foram empregados os descritores: segurança, câncer ginecológico, cuidados, e nos idiomas: inglês, português e espanhol, durante os últimos cinco anos, nas bases de dados: Scientific Library (SciELO), Latino-americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS) e (National Library of Medicine) PUBMED. Foram identificados 65 artigos, que foram todos submetidos à leitura flutuante, sendo excluídos os que não tratavam dos quatro temas associados e que não estavam disponíveis na íntegra, resultando na seleção de três artigos em português, dois em inglês e um em espanhol. Os artigos foram avaliados nas seguintes dimensões: quanto ao tipo de estudo, natureza do estudo, ano desenvolvimento do estudo, sujeitos do estudo e local da coleta de dados.

Quanto aos aspectos metodológicos, constatou-se que o tipo de estudo mais utilizado acerca da temática foi o descritivo, presente em cinco artigos. Quanto à natureza do estudo, três artigos apresentaram abordagem quantitativa. As produções de estudos sobre o referido tema ocorreram na última década. As pesquisas em enfermagem apresentam um ritmo crescente e existe uma preocupação dos enfermeiros em desenvolver o conhecimento para área. Foram observados três estudos, tendo os enfermeiros como sujeitos, principalmente avaliando questões acerca da percepção, adesão à cultura de segurança e importância que eles atribuem à segurança do paciente.

Entre os artigos publicados no período considerado, os autores especificaram o local em que o estudo foi realizado. A coleta de dados ocorreu no hospital e apenas dois estudos foram desenvolvidos em base de dados. Assim, a justificativa desta pesquisa está na necessidade de conhecer a influência da política de segurança do paciente na prestação do cuidado clínico seguro à mulher com câncer ginecológico.

Considera-se que este estudo é relevante, uma vez que trará benefícios para as mulheres submetidas à cirurgia para câncer ginecológico e que estão no epicentro do cuidado de Enfermagem, pois os resultados da pesquisa podem auxiliar em ações desenvolvidas pela equipe de Enfermagem de acordo com as comissões de segurança do paciente, como também apontar as dificuldades na implantação, sugerindo novos rumos no processo de trabalho das comissões de segurança.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Investigar as ações de enfermagem para a promoção do cuidado clínico seguro à mulher no período perioperatório do tratamento de câncer ginecológico.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as concepções da equipe de enfermagem atribuída ao cuidado seguro à mulher com câncer ginecológico.
- Identificar as ações voltadas para segurança do paciente no período perioperatório de câncer ginecológico.
- Verificar a influência da utilização do instrumento denominado *Checklist* de Cirurgia Segura, na comunicação da equipe de enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER GINECOLÓGICO

O câncer ginecológico e, em especial o de colo de útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância (BRASIL, 2013).

A literatura evidencia que o câncer é uma doença cujo tratamento costuma envolver várias modalidades, como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, podendo ser bastante prolongado (INCA, 2014).

As mulheres quando recebem o diagnóstico de câncer ginecológico ficam vulneráveis, de acordo com Di Biaggi e Chiattonne (2000), visto que a mulher com câncer ginecológico se encontra fragilizada, pois a confirmação da doença abala a integridade egoica da mulher. Este fato pode gerar desconforto e incertezas quanto ao futuro para as pacientes.

Uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto, em 2007, mostrou que a mulher que vivencia a experiência de uma doença grave, como o câncer em uma região íntima, relata uma sensação de submissão e vergonha, principalmente quando está realizando um procedimento agressivo como uma sessão de braquiterapia (BARROS, 2007). Entretanto, os procedimentos necessários precisam ser realizados conforme o tratamento.

É importante lembrar que o câncer é o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese) (INCA, 2014).

O câncer de colo de útero em estágio inicial é frequentemente assintomático. Quando se manifesta clinicamente, pode surgir sangramento vaginal, dispareunia e corrimento, que pode ser aquoso, mucoide ou purulento e fétido. Dor pélvica e/ou lombar, com irradiação para a região posterior dos membros são geralmente sintomas de doença avançada. Casos mais extremos podem evoluir com sintomas decorrentes de invasão/obstrução das estruturas adjacentes, como hematúria e ureterohidronefrose secundários à invasão do trato geniturinário ou hematoquezia e suboclusão intestinal pela invasão do reto. A maioria das mulheres com neoplasia invasiva apresenta uma lesão visível ao exame ginecológico (INCA, 2014).

No entanto, sua apresentação pode variar desde uma cérvix aparentemente normal cuja lesão só pode ser bem visualizada com a ajuda de um colposcópio a uma lesão

grosseiramente invasiva, facilmente detectável pela inspeção desarmada. A lesão geralmente se origina na zona de transformação, uma região dinâmica entre a junção escamocolunar (JEC), podendo se apresentar como uma ulceração superficial, um tumor exofítico na exocérvice ou uma lesão infiltrativa na endocérvice. Uma das dificuldades apresentadas para o diagnóstico de adenocarcinomas se deve ao fato de que, neste caso, aproximadamente 15% das lesões não são visualizadas, pois se encontram na endocérvice (INCA, 2014).

Em mulheres com uma lesão visível e grosseiramente invasiva, o diagnóstico é estabelecido por biópsia. Na ausência de lesões aparentes e com um exame de citologia oncológica anormal, deve ser realizada a colposcopia com biópsia. Um exame colposcópico adequado deve visualizar toda a JEC e todas as lesões suspeitas devem ser submetidas a exame anatomopatológico (BRASIL, 2013).

Segundo Schiffman (2007), além da importância de realizar o exame periodicamente, torna-se relevante evidenciar que, ao longo da vida, a mulher pode estar exposta aos fatores de risco para o câncer cérvico-uterino, como idade precoce da primeira relação sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade, lesão genital por papiloma vírus humano (HPV), tabagismo, baixo nível socioeconômico e escolar e infecções genitais de repetição.

Também são fatores de risco para este tipo de câncer o uso de contraceptivos hormonais orais, higiene íntima inadequada, imunossupressão, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente em vitamina C, betacaroteno e folato (INCA, 2010). Outro fator significativo que pode constituir risco para a saúde da mulher é a baixa adesão ao exame, possivelmente, devido ao déficit de assimilação ou de informação das usuárias (SCARINCI, 2010).

O tratamento para cada caso deve ser avaliado e orientado por um médico. Entre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero estão a cirurgia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos (INCA, 2014).

O alto potencial de prevenção e cura pode ser justificado por se tratar de uma doença de evolução lenta que viabiliza o diagnóstico precoce e tratamento eficaz. A efetividade da detecção precoce do câncer de colo uterino CCU, por meio do Papanicolau, associado ao tratamento da lesão intraepitelial, pode reduzir em 90% a incidência do câncer invasor do colo do útero, produzindo impacto significativo nas taxas de morbimortalidade (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Embora o CCU tenha um alto potencial de cura, o tumor localmente avançado, é frequente o procedimento cirúrgico (MARANA, 2005). Neste sentido, as ações de cuidado prestado ao paciente que se submete ao procedimento cirúrgico precisam ser realizadas de forma segura. Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e, ainda, representam grande preocupação na atualidade (WHO, 2009).

O endométrio é a camada mais interna do útero, que tem a função de acolher e nutrir o embrião. A hiperplasia do endométrio representa diversas alterações morfológicas e biológicas das glândulas endometriais e do estroma, variando de um estado fisiológico exagerando ao carcinoma *in situ*. As mulheres com carcinoma de endométrio apresentam sangramento ou corrimento vaginal como sintoma inicial, algumas manifestam pressão ou desconforto pélvico. O diagnóstico pode ser por meio de uma biopsia por aspiração do endométrio. Após o estabelecimento do diagnóstico e o estadiamento da doença, o tratamento pode incluir cirurgia, radioterapia, quimioterapia (BEREK; NOVAK, 2008).

Os ovários são gônadas suspensas entre a parede da pelve e o útero que têm a função de produzir hormônios sexuais, que, junto com a hipófise, contribuem com o desenvolvimento das características específicas do sexo feminino, além disso, também possuem a função de regular o ciclo menstrual. As células do parênquima ovariano podem sofrer transformação neoplásica por predisposição genética ou exposição a um agente etiológico. Embora diversas variáveis epidemiológicas tenham sido relacionadas ao câncer de ovário, como talco, consumo de galactose, ligadura tubária, a menarca precoce, a menopausa tardia, a relação entre a infertilidade e a paridade aumentam o risco de câncer de ovário (BEREK; NOVAK, 2008).

A maioria das mulheres apresenta sinais e sintomas vagos em estágio inicial. E no estágio avançado, os sintomas consistem em distensão abdominal, constipação, náusea e anorexia. As mulheres na pré-menopausa podem queixar-se de menstruações irregulares ou com fluxo intenso e após a menopausa pode haver sangramento vaginal (BEREK; NOVAK, 2008). Diante de algum sintoma suspeito, o médico poderá pedir exame de sangue, uma ultrassonografia transvaginal e a partir dos achados poderá ser necessário biopsia do tecido ovariano, por laparoscopia ou laparotomia (INCA, 2014).

Diversas modalidades terapêuticas podem ser oferecidas, tais como cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A escolha vai depender principalmente do tipo histológico do tumor, do estadiamento, tumor inicial ou recorrente, da idade e das condições clínicas da

paciente. Se a doença for detectada no início, especialmente nas mulheres mais jovens, é possível remover somente o ovário afetado (INCA, 2014).

A vulva é uma eminência triangular, situada na frente dos ossos do púbis, formada por tecido adiposo coberto por pele com pelos, até sua junção com a parede abdominal. Tem função principal de proteger de impactos os órgãos internos do aparelho urinário e reprodutor (BEREK; NOVAK, 2008).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, em 2011, as evidências epidemiológicas sugerem que haja dois caminhos etiológicos na carcinogênese da vulva. O primeiro tipo é frequente em mulheres com idade acima de 50 anos e é associado à desordem epitelial não neoplásica (VNED), como inflamação crônica ou líquen, e apresenta como lesão precursora a neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) diferenciada. O segundo tipo é visto mais frequentemente em mulheres mais jovens e está associado à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), apresentando como lesão precursora a NIV associada ao HPV, também denominada de NIV usual. A maioria das pacientes é assintomática no momento do diagnóstico. Em caso de sintomas, os achados mais comuns são o prurido vulvar, uma tumoração ou uma massa (BEREK; NOVAK, 2008).

Conforme Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, em 2011, o diagnóstico requer o exame físico geral, a palpação de linfonodos inguinais e supraclaviculares, o exame vaginal e o toque retal, eventualmente efetuado sob analgesia. O diagnóstico da lesão vulvar deve ser confirmado por meio de biopsia. São rotineiros a colheita da citologia cervical oncológica e colposcopia, os exames hematológicos e a radiografia. O tratamento do câncer de vulva necessita de uma abordagem multidisciplinar e individualizada, sendo assim as pacientes devem ser encaminhadas aos centros de tratamento de câncer ginecológico onde essa abordagem é disponível.

A vagina é um tubo fibromuscular oco que se estende do vestíbulo da vulva até o útero. Segundo a Federação Internacional de ginecologia e obstetrícia, o câncer acomete as lesões confinadas à vagina, sem invasão do colo do útero ou da vulva (RUIZ *et al.*, 2010). Os sintomas do câncer na vagina incluem a hemorragia e corrimentos vaginais indolores, no caso de tumores mais avançados pode haver retenção urinária, espasmo vesical, hematúria e polaciúria. O diagnóstico abrange anamnese completa, exame físico que inclui um exame cuidadoso com espéculo e palpação da vagina, exames pélvico e retal bimanuais, tomografia computadorizada (TC) e radiografia. O tratamento baseia-se no exame clínico, no resultado da TC e da radiografia de tórax, na idade e na condição da paciente. A maioria dos tumores é tratada por radioterapia e cirurgia (BEREK; NOVAK, 2008).

Nesse contexto, a enfermagem como profissão e ciência necessita prestar cuidado clínico à mulher com câncer, com ética e rigor científico, pois é responsabilidade dos profissionais zelar pela segurança dos pacientes (SILVA *et al.*, 2013).

Nota-se a importância da participação da enfermagem nas ações do cuidado e no desenvolvimento de práticas para alcançar a melhoria do cuidado no âmbito assistencial e assim contribuir para a segurança do ser cuidado.

3.2 O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE

O cuidado de enfermagem tem como objetivo inicial ajudar na adaptação aos processos de vida e nas situações de saúde/doença vivenciadas pela pessoa que recebe os cuidados e colaborar para a ação de outros profissionais na resolução dos agravos de saúde que acometem o indivíduo. Esses cuidados não estão limitados à competência técnica, mas devem incluir ações direcionadas para as demandas sociais, espirituais e psíquicas do ser humano (MENDES, 2009).

Esse cuidado relaciona-se ao saber e fazer fundamentados na ciência, na arte, na ética e na estética e objetiva atender às necessidades do indivíduo (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Para a enfermagem, cuidar do outro compreende atender às suas necessidades com sensibilidade, presteza e solidariedade por meio de atitudes de cuidado praticadas para a promoção do conforto e do bem-estar. O cuidado implementado relaciona a integridade física e emocional em uma ação de troca entre o cuidador e o ser cuidado (BAGGIO, 2006).

Perante isso, os enfermeiros devem programar práticas seguras em suas ações de cuidado que estejam adequadas para as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico. A segurança do paciente estabelece um conjunto de protocolos básicos presente na portaria N° 529 /2013 do MS /GM, incluindo a cirurgia segura, com o objetivo de reduzir a ocorrência de danos ao paciente. Ações simples como conferência das informações clínicas da pessoa, trabalho em equipe, comunicação, o estabelecimento e o bom funcionamento de todos os recursos e equipamentos podem promover a prevenção dos eventos adversos. Segundo a Joint Commission International (2010), todos esses fatores estão implicados no processo do cuidado, necessitando-se redesenhar a prática para articular-se com o trabalho da equipe de enfermagem e atender às necessidades de saúde do paciente.

Em 1855, Florence Nightingale, com base em dados de mortalidade das tropas britânicas, propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais, mudanças estas que resultaram em expressiva redução no número de óbitos dos pacientes internados.

Dentre diversas outras atividades que exerceu ao longo de sua vida, Florence Nightingale também esteve envolvida com a criação das primeiras medidas de desempenho hospitalar. Algumas décadas à frente, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), a Associação Médica Americana publicou um documento que ficou conhecido como Relatório Flexner, tornando aparente a precariedade das escolas médicas e dos principais hospitais dos EUA. Nesta mesma época, Ernest Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachussets, EUA, argumentava que para obter melhores resultados no cuidado aos pacientes era necessário melhorar as condições dos hospitais (BRASIL, 2013).

Atualmente, garantir a segurança de todos que utilizam os serviços de saúde é um dos mais importantes desafios que o cuidado em saúde enfrenta. A identificação dos pacientes, a comunicação no ambiente dos serviços de saúde, inexistência de eventos adversos relacionados a medicamentos e aos procedimentos cirúrgicos, inexistência de úlcera por pressão, infecções institucionais e os incidentes de segurança são essenciais para alcançar cuidado mais seguro e minorar os danos (BRASIL, 2013).

Os pacientes esperam e acreditam que os profissionais de saúde vão lhes oferecer um cuidado apropriado e seguro conforme as suas necessidades, entretanto cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde quanto de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente segundo a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (DE ENFERMAGEM, 2013).

A portaria nº 529/2013 do MS/GM estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deve ser elaborado e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nome e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas na garantia de medicação correta em transições dos cuidados; identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para OMS vieram de países desenvolvidos (BRASIL, 2013).

Diante disso, reforçamos a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente no acompanhamento do tratamento da mulher com câncer. Nesse contexto, o enfermeiro contribui com o cuidado clínico dessas pacientes desde sua entrada na unidade hospitalar até sua alta. Dentre os diversos setores que pode atuar, está o cuidado prestado no tratamento cirúrgico da mulher com câncer ginecológico.

É primordial que o cuidado clínico envolva um ambiente seguro, no qual a mulher seja esclarecida sobre seu tratamento, o procedimento, suas limitações, riscos e cuidados necessários a todo o processo de recuperação, além de promover ações que previnam lesões, minimizem as infecções e os eventos adversos durante todo o período de internação, promovendo sua recuperação e contribuindo para sua alta hospitalar.

A melhoria da segurança do cuidado em saúde reduz as doenças e danos, diminui o tratamento e/ou o tempo de hospitalização, melhora ou mantém o *status* funcional do paciente e aumenta sua sensação de bem-estar (RADUENZ, 2010).

As pacientes vítimas de câncer, dependendo da evolução da doença, podem realizar a remoção do órgão afetado através de procedimento cirúrgico. Cabe ao enfermeiro contribuir com os seus conhecimentos teóricos e técnicos para a realização dessa atividade em prol da recuperação desse paciente.

A Enfermagem Perioperatória envolve funções relevantes da enfermagem que, segundo Smeltzer *et al.*, (2012), desenvolvem-se em três fases cirúrgicas: pré-operatório, começa com a decisão do procedimento cirúrgico até a transferência do paciente para a mesa cirúrgica; intraoperatória, quando o paciente é transferido para a mesa cirúrgica até sua admissão na sala de recuperação; e pós-operatório, quando o paciente é admitido na sala de recuperação até sua avaliação de acompanhamento na unidade clínica ou em casa.

No pré-operatório, o enfermeiro pode realizar uma comunicação eficaz com o paciente, orientando-o sobre o procedimento cirúrgico e respondendo as suas dúvidas, além de prepará-lo para o procedimento controlando a nutrição e os líquidos, preparo intestinal, preparo da pele, administração de medicamentos, manutenção de registro pré-operatório, entre outros (SMELTZER *et al.*, 2012).

No intraoperatório, o enfermeiro deve continuar o cuidado clínico promovendo a segurança, conforto e bem-estar do paciente, confirmando a identificação do mesmo, do procedimento cirúrgico, das alergias do paciente, certificar-se da presença da equipe cirúrgica, do estado dos materiais e equipamentos cirúrgicos, entre outros (SMELTZER *et al.*, 2012).

No pós-operatório, o enfermeiro deve avaliar o paciente, manter estabilidade hemodinâmica, aliviar a dor e ansiedade, além de orientar sobre a continuidade dos cuidados

após alta (SMELTZER *et al.*, 2012). Além de preocupar-se com a atenção às necessidades básicas, devendo assim garantir o conforto, repouso, integridade da pele, nutrição, hidratação, eliminações, mobilização, entre outros, e minimizar riscos de queda, infecção e efeitos adversos.

Para os profissionais da saúde, a parceria com os pacientes possibilita o oferecimento de um cuidado individualizado, ajustado às suas necessidades e condições peculiares. Já, para o paciente, o desempenho de um papel ativo permite combater a impotência e a desesperança, possibilita-lhe perceber que não é simplesmente uma vítima de erros e falhas na segurança (DE ENFERMAGEM, 2013).

Nessa direção, a equipe de enfermagem convive com o constante desafio de assegurar a qualidade assistencial no atendimento às necessidades e demandas dos clientes de maneira eficiente e eficaz (YURI; TRONCHIN, 2010).

Considerando que o tratamento para o câncer ginecológico requer o conhecimento dos profissionais que assistem as pacientes, sobretudo a equipe de Enfermagem, é necessário respeitar o ser que recebe o cuidado fazendo com o paciente aquilo que gostaria que estivesse sendo feito a si.

Importar-se com o outro, situando-se no lugar dele, enriquece o *saber-fazer* do cuidador que desenvolverá habilidades e destreza para realizar procedimentos com o menor sofrimento e o mais rápido conforto à pessoa cuidada (SÁ, 2010).

Especialistas prepararam um *checklist* composto de três etapas, sendo elas: antes (agendamento do procedimento e identificação do paciente ainda na enfermagem), durante (antes da incisão cirúrgica, com a presença da equipe na sala cirúrgica) e depois (antes do paciente sair da sala a realização do procedimento proposto). O objetivo essencial do *checklist* é diminuir as complicações que podem levar à morte do paciente, bem como orientar o profissional quanto aos cuidados essenciais para que ocorra uma cirurgia segura.

A Organização Mundial de Saúde estabelece que o *checklist* diminui a morbimortalidade e fornece às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares orientações sobre a função de cada indivíduo e do padrão de uma cirurgia segura (WHO, 2009).

Considera-se que é necessário o tempo total de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação e orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação, sendo o enfermeiro o profissional indicado para orientar a checagem.

Esse profissional deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório algum dos itens, mesmo considerando que essa interrupção pode incorrer em desgaste perante a equipe,

dependendo da maturidade da mesma. Ao ocorrer descumprimento na checagem, todo o processo terá ocorrido em vão, visto que são os pequenos detalhes que passam despercebidos os causadores de riscos (WHO, 2008).

Em julho de 2013, foi publicado no DOU a RDC 36-2013, a qual instruiu as ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade dos serviços, determinando um prazo de 120 dias, contados a partir da data de publicação da Resolução, a fim de que os serviços de saúde criem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), para desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP) (BRASIL, 2013).

O PSP apresentou ainda pela RDC 36-2013 princípios norteadores para a melhoria contínua dos processos de cuidado e tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança e a garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

A relevância desse problema enfatiza a importância do enfermeiro de não esperar por mudanças políticas representativas, e sim desenvolver atitudes previamente visando à segurança do paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE ESTUDO

Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, permitindo registrar, descrever, analisar e interpretar a natureza atual do tema estudado.

Para Gil (2010), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, e a pesquisa descritiva tem o objetivo de buscar e descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, tendo por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Diante do objetivo da pesquisa, a abordagem qualitativa proporciona a concepção de novas abordagens, revisão e categorias durante a investigação. Acredita-se que por meio da pesquisa qualitativa é possível obter o significado dos acontecimentos e interpretar a natureza do tema estudado.

Segundo Minayo (2010), para que haja uma aproximação na pesquisa qualitativa com as questões que abrangem a realidade e que não podem ser quantificadas, é necessário interpelar o universo de sentido que envolve a fala do sujeito.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Hospital Haroldo Juaçaba, também conhecido como Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Trata-se de um serviço de assistência hospitalar considerado referência para o diagnóstico e tratamento do câncer no Norte e Nordeste do país, localizada em Fortaleza-Ceará. Foi a primeira instituição filantrópica do Estado a receber Certificação Nível 1 de Acreditação Hospitalar emitido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, o que atesta suas práticas e controle de qualidade e segurança do paciente há seis anos, com uma equipe de auditoria preparada para avaliar os resultados do uso dos protocolos de segurança do paciente, o serviço é considerado padrão de excelência comparável aos mais renomados hospitais do país (ICC, 2014).

Diante da referência no tratamento de câncer e também da importância do desenvolvimento do ensino e da pesquisa, o presente campo foi escolhido para a realização do estudo. A unidade eleita para execução da pesquisa foi Unidade de Internação Ginecológica no quarto andar com 44 leitos, além da unidade cirúrgica no terceiro andar com seis salas ativas para procedimento e a sala de recuperação com seis leitos.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra estimada do estudo foi composta por 33 profissionais. Assim, foram selecionados 30 funcionários do serviço, sendo cinco enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem que prestavam cuidados no período perioperatório às mulheres com câncer ginecológico para composição da amostra final.

Para esta seleção, foram eleitos os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem responsáveis pelo acompanhamento das mulheres com câncer ginecológico submetidas ao tratamento cirúrgico da instituição pesquisada. E para exclusão os profissionais licenciados, afastados temporariamente ou em exercício exclusivo de funções administrativas, no entanto não ocorreu nenhum evento destes no período de coleta.

Os entrevistados no período pré-operatório foram duas enfermeiras e onze técnicos de enfermagem; no período transoperatório, foram entrevistados duas enfermeiras e doze técnicos de enfermagem; e no pós-operatório, uma enfermeira e dois técnicos, constituindo ao todo 30 profissionais.

4.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta das informações aconteceu no período de junho a setembro de 2015. Antes de iniciar o contato com os profissionais, foi realizada uma visita à instituição e comunicado à chefia de enfermagem que a coleta de dados estava iniciando; após esse momento, nos dirigimos à gerente de enfermagem do posto 4, onde se localiza a enfermaria da ginecologia, e comunicamos que estávamos dando início à coleta de dados. A gerente informou o número de técnicas de enfermagem e das enfermeiras plantonistas e permitiu o início da coleta de dados. Em seguida, fomos até a gerente do centro cirúrgico e sala de recuperação, que também autorizou a nossa entrada no setor. Iniciamos com as visitas no posto 4 e durante esse momento conversamos com os trabalhadores do setor explicando um pouco mais sobre a pesquisa. As visitas no centro cirúrgico e sala de recuperação ocorreram do mesmo modo. Depois, retornamos à enfermaria da ginecologia e combinamos o melhor momento para entrevistar os integrantes da equipe de enfermagem. No centro cirúrgico e sala de recuperação sempre marcávamos os dias e horários com antecedência conforme a gerente do setor autorizava.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com roteiro (APÊNDICE B) constituído por questões fechadas voltadas para os dados sociodemográficos (sexo, idade,

estado civil, procedência, escolaridade, jornada de trabalho) e questões abertas voltadas para a investigação do cuidado de enfermagem seguro direcionadas aos integrantes da equipe de enfermagem: *1. O que é segurança do paciente para você? 2. Como tem sido a experiência de trabalhar com o protocolo de segurança do paciente? 3. Fale sobre a relação do cuidado de enfermagem com a segurança do paciente no período perioperatório. 4. Fale sobre o uso da lista de verificação da cirurgia segura – (checklist), na comunicação entre a equipe de enfermagem no período perioperatório.*

A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica de coleta de dados por permitir um diálogo aprofundado e a interpretação de seus discursos. Para Minayo (2010), a entrevista tem como objetivo construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador de temas igualmente pertinentes com vistas a esse objetivo.

Segundo alguns autores, a entrevista orientada por um roteiro contendo perguntas abertas favorece ao entrevistado a possibilidade de falar sobre o tema em questão, sem se prender à pergunta formulada pela pesquisadora (MINAYO; DESLANDE; GOMES, 2010).

As entrevistas no período pré-operatório ocorreram em uma sala, cedida pelo hospital para tal fim, e as entrevistas foram agendadas previamente de acordo com o turno de trabalho de cada equipe.

No período transoperatório foram agendadas todas as visitas e o horário das entrevistas de acordo com o turno das equipes. No centro cirúrgico, as entrevistas ocorreram em uma sala oferecida pela chefia de enfermagem do setor. No pós-operatório, as entrevistas foram realizadas na sala de material da sala de recuperação, pois os entrevistados agendaram o horário e o local alegando tranquilidade e tempo para serem entrevistados.

As entrevistas foram registradas em gravador digital de voz. Este procedimento possibilitou uma descrição minuciosa das informações fornecidas pelos entrevistados.

Vale ressaltar que, no período pré-operatório, os dados foram coletados pela pesquisadora com a colaboração de quatro acadêmicas de enfermagem, integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem – GRUPESME, bolsistas de iniciação à pesquisa que foram preparadas e orientadas previamente para a investigação. Já no período transoperatório e pós-operatório, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e uma enfermeira integrante do referido grupo de pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a organização dos dados tiveram por base a análise temática, que é um tipo de análise que condiz com a investigação qualitativa. Para Minayo (2012), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Na visão da autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

A organização e a análise das informações consideraram as seguintes etapas, preconizadas por Minayo (2012): a fase de pré-análise, na qual se deve descrever o material coletado, fazer uma leitura flutuante e compreensiva do material selecionado e as fases de exploração, análise e interpretação.

Nesta fase de pré-análise, foram realizadas a transcrição dos áudios e a criação do banco de dados, seguidas da leitura flutuante buscando a impregnação do material. Após este momento, a pesquisadora buscou apreensão das falas, o que permitiu a construção do *corpus*.

A construção do *corpus* apresenta todos os fatores importantes para que a exaustividade dos dados, a relevância das características essenciais da população desejada, a uniformidade do material que seguem critérios precisos de seleção quanto às proposições discutidas e a significância dos dados analisados possibilitem o alcance dos propósitos do estudo e a resposta do problema de pesquisa. Assim, a leitura flutuante das entrevistas aplicadas com os integrantes da equipe de enfermagem, que satisfizeram os critérios determinados pela pesquisa, permitiu a construção do *corpus* pela pesquisadora.

Para Minayo (2012), a fase exploratória da pesquisa vem após a construção do *corpus*, o mesmo será explorado e auxiliará na elaboração das categorias que irão construir os primeiros esboços acerca do tema em estudo.

Na fase exploratória, a pesquisadora fez a avaliação dos dados brutos semelhantes, o que permitiu revelar as evidências nas informações, assim fez as interpretações e reflexões a partir da conjectura teórica que a direcionou. Nesta etapa, depois de concluída a codificação, a pesquisadora elaborou as categorias temáticas e preocupou-se em reconhecer os temas que estavam encobertos para começar a caracterização dos fenômenos.

Na terceira fase, buscamos sentidos mais amplos que articulassem modelos subjacentes às ideias. Para isso, fez-se um diálogo entre a literatura e as informações provenientes de outros estudos sobre o assunto (MINAYO, 2012).

Nesta fase do estudo, a pesquisadora separou as categorias, releu as informações e partiu para a construção teórica de cada categoria. E por fim, realizou a descrição minuciosa do objeto de estudo, relacionando-os com os achados perante o exposto na literatura.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa em consonância com a resolução nº 466/2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Inicialmente, apresentamos o projeto de pesquisa ao Comitê de Estudos e Pesquisa da Instituição, que emitiu parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa. De posse desse parecer, submetemos o projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE, que emitiu parecer de aprovação, sob número 1.000.527 (ANEXO A), e a partir daí iniciamos os procedimentos para a coleta de dados na Instituição.

Houve um contato inicial com os participantes do estudo no ICC objetivando esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e as etapas da coleta de dados. Os princípios da bioética foram respeitados. Foi assegurado aos participantes o anonimato e a confidencialidade de suas respostas, sendo ressaltada a importância de sua cooperação, oferecendo-lhes a liberdade para participar ou não da pesquisa. A aceitabilidade implicou na assinatura do TCLE (APÊNDICE A). As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas com o pesquisador por um período mínimo de cinco anos e, após esse tempo, serão inutilizadas de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9610-98 (BRASIL, 1998).

O foco do estudo não buscou identificar os atores envolvidos, nem as contrariedades para fim de punição. A finalidade foi permitir a partir dos problemas o entendimento e reconhecimento dos benéficos que possibilitarão, em médio e em longo prazo, mudanças no serviço de saúde voltadas para o cuidado seguro à mulher com câncer ginecológico e a adoção de novas estratégias na educação continuada, no âmbito do cuidado, contribuindo para a qualidade da segurança do paciente.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de apresentar a análise temática dos resultados, foi realizada uma breve caracterização dos participantes do estudo. A análise temática das entrevistas nos permitiu organizar quatro categorias: *1. Concepção de segurança do paciente; 2. Ações de cuidado e suas implicações na segurança do paciente; 3. A influência da lista de verificação da cirurgia segura (Checklist) na comunicação entre os membros da equipe de enfermagem; 4. A experiência de trabalhar como protocolo de segurança do paciente.*

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados resultantes da investigação sociodemográfica dos 30 participantes foram submetidos ao tratamento estatístico com frequência absoluta e relativa e organizados de forma descritiva para melhor entendimento.

No que se refere à escolaridade, 83,3 % (25) eram técnicos de enfermagem e possuíam o ensino médio completo. Somente 16,7% (5) eram enfermeiras e apenas uma cursou especialização. Constatou-se que todos os técnicos de enfermagem que trabalham no período transoperatório possuíam o curso de instrumentação cirúrgica e os demais que trabalham no pré-operatório e pós-operatório cursaram o ensino médio como exigido pela legislação do Conselho Federal de Enfermagem de 1986, ainda em vigor (COFEN, 1986).

Evidenciou-se predominância de idades entre 19 e 47 anos, na categoria dos técnicos de enfermagem. Na categoria de enfermeiros, a idade mínima foi 27 e máxima de 49 anos. Quanto ao gênero, dois eram do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Constatou-se o predomínio de mulheres, como caracteriza a categoria da Enfermagem, que historicamente é constituída pelo sexo feminino, no entanto nas últimas décadas tem recebido o ingresso crescente de indivíduos do sexo masculino.

Referente ao estado civil, 14 eram casados e 16 se autodenominaram não casados, totalizando 46,7 % casados e 53,3% não casados, não sendo possível classificar o estado civil desses últimos dentre os solteiros, viúvos ou união estável. Quanto à procedência, 90 % eram residentes do município de Fortaleza e 10% residentes na região metropolitana.

Com relação ao período do tratamento operatório que cada membro da equipe atuava, constatou-se que 43,3 % dos profissionais entrevistados trabalhavam no período pré-operatório, sendo onze técnicos de enfermagem e duas enfermeiras. Destes, 46,7% dos

profissionais no período transoperatório, sendo doze técnicos e duas enfermeiras, e 10% no período pós-operatório, sendo dois técnicos e uma enfermeira.

A carga horária de trabalho semanal variou de 40 a 100 horas semanal, em uma média de 66 horas. O integrante da equipe de enfermagem que tinha menor carga horária cumpria uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, e o integrante com maior carga horária 72 horas semanais.

Ressaltamos a importância da carga horária de trabalho semanal excessiva, em que a maioria dos trabalhadores executava jornadas superiores a 40 horas por semana, como preconizado na legislação em vigor, que conforme a Consolidação das Leis do Trabalho, de 1943, é fixada em 44 horas semanais para a categoria de Enfermagem.

A sobrecarga de trabalho à qual os profissionais de enfermagem são submetidos, as condições desfavoráveis de trabalho, a remuneração inadequada e a cobrança por mais produção a depender da natureza do vínculo empregatício fazem com que esse trabalhador acumule uma escala de serviço a sua jornada de trabalho, o que pode refletir diretamente na segurança do paciente.

A disponibilidade de oferta de mão de obra, associada a não ampliação dos postos de trabalho, tem facilitado a ampliação do trabalho precário, visto que o trabalhador acaba se submetendo às piores condições laborais como forma de garantir sua permanência no emprego e renda (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Segundo alguns autores, a sobrecarga de trabalho e o dimensionamento inadequado são fatores que estreitam relação com a segurança do paciente e do profissional considerando que os temas são discutidos e abrangentes na área da saúde (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

A falta de profissionais de enfermagem no mercado, em alguns países, a falta de qualificação e a carga de trabalho excessiva são contratempos que comprometem de modo direto na segurança do paciente (O'BRIEN-PALLAS *et al.*, 2010; HARLESS; MARK, 2010; NEEDLEMAN *et al.*, 2011; INOUE, MATSUDA, 2010).

Em estudo realizado por Aiken *et al.* (2012), em 12 países da Europa e nos Estados Unidos, o pessoal de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho (suporte gerencial para o cuidado de enfermagem, bom relacionamento médico-enfermeiro, a participação do enfermeiro na tomada de decisões e as prioridades organizacionais sobre a qualidade dos cuidados) apontaram que a existência de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida é determinante para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados

hospitalares e que a melhoria do ambiente de trabalho hospitalar pode ser uma estratégia organizacional que pode contribuir para a melhoria da saúde.

5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Para a temática pesquisada, os resultados foram analisados e estão expostos conforme a coleta de dados, buscando compreender a produção do cuidado na promoção da segurança do paciente por meio do material coletado. Em seguida, a partir das categorias construídas no estudo, as discussões buscaram o sentido e a compreensão do tema investigado.

5.2.1 Concepção de Segurança do Paciente

Quando os participantes foram questionados sobre o que compreendiam quanto à segurança do paciente, revelou-se a relação da segurança com ações de cuidado preventivo aos riscos de acidentes com os pacientes submetidos às cirurgias.

Os depoimentos obtidos do questionamento sobre o significado de segurança do paciente sustentam a importância da prevenção de complicações advindas das ações de cuidado, destacando-se eventos de quedas e traumas, erros na identificação de pacientes e prevenção de úlceras por pressão, como evidenciado nas falas a seguir:

(...) no período da internação, se tem calçado antiderrapante para evitar quedas, as grades da cama levantadas (...) as medicações que ele toma, se tem alergia, e se tem alguma patologia (Entrevistado 8, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

O cuidado que ele requer, orientar quando ele for deambular, colocar a pulseirinha de segurança, que é a pulseirinha vermelha, ter acompanhante (...) a partir dos 70 anos, ou se tiver feito cirurgia, deve orientar quanto a placa, colocar a placa, colocar o nome do paciente, elevar as grades pra segurança dele (Entrevistado 14, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

(...) segurança do paciente é dá todo auxílio né antes de começar a cirurgia vê como é que está o paciente, organizar toda a sala, ver o procedimento correto, medicação (...) onde vai ser qual o local a gente pergunta e pede pra ele apontar (Entrevistado 21, técnico de enfermagem do período transoperatório).

A equipe de enfermagem na clínica cirúrgica desenvolve várias intervenções voltadas para a segurança do paciente, estas se iniciam com a identificação do paciente e vão até as principais intercorrências, tais como reação alérgica a algum medicamento, queda, dor, sangramento proveniente da ferida operatória e elevação da pressão arterial. As condições do

ambiente e de equipamentos podem contribuir para a ocorrência de quedas, como piso sem antiderrapante, falta de grades no leito e de barras de apoio no banheiro e no quarto do paciente.

Observou-se que a equipe desempenha um papel de relevância para desenvolver um cuidado seguro, no entanto é possível perceber que a mesma não conhecia a definição do termo segurança do paciente.

A segurança do paciente precisa ser efetivamente desenvolvida nos serviços de saúde. O Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), define a qualidade da assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com um nível de conhecimento científico atual (BRASIL, 2013).

Existem vários fatores associados às quedas de pacientes, dentre eles, destacam-se a idade, pluralidade de patologias, mobilidade física prejudicada, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Muitas vezes estes fatores estão agravados pelo uso de medicamentos, alterações cognitivas e procedimentos médicos que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de quedas (COSTA, 2011).

Bolton (2007) desenvolveu um estudo internacional, que apontou uma associação significativa entre os quadros adequados de pessoal de enfermagem ou horas de enfermagem por paciente e a ocorrência de menor número de quedas entre os pacientes.

As quedas respondem por uma porção significativa de lesões em pacientes nas instituições de saúde. Levando-se em consideração que a equipe de enfermagem realiza ações de cuidado continuado, é essencial que o paciente seja acomodado de forma propícia em camas hospitalares, pois é o mínimo para que a assistência cirúrgica seja prestada dentro das condições adequadas. É necessário considerar que o excesso de trabalho é responsável pelo esgotamento físico dos profissionais de enfermagem e, em decorrência dessa sobrecarga de trabalho, tem-se a ocorrência dos acidentes relacionados à segurança do paciente.

Um estudo brasileiro evidenciou que, na medida em que se atribui mais pacientes à equipe de enfermagem nas 24 horas, aumenta-se a incidência de quedas do leito entre os pacientes atendidos (MAGALHÃES, 2012).

Os índices de queda são mais elevados em unidades de internação clínica, unidades de neurologia e oncológicas, nas quais os pacientes apresentam uma média de idade elevada e longo tempo de permanência (CORREA, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, os ambientes de saúde são complexos e exigem requisitos específicos para atender às necessidades de seus usuários. A arquitetura hospitalar

deve concentrar-se em atender três preocupações básicas: aspectos funcionais, aspectos técnicos e os aspectos psicossociais (BRASIL, 2002), e a participação do enfermeiro no processo de gestão do ambiente em que realiza seus cuidados é imprescindível, visto que o enfermeiro responsável por cada setor conhece as necessidades diárias para um atendimento de qualidade.

Ainda sobre o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente, destaca-se o depoimento a seguir:

(...) hoje principalmente que o Ministério da Saúde tá exigindo, eu sei que tem seis tópicos que ele bate bastante na tecla: identificação do paciente, cirurgia segura, né? A comunicação entre os profissionais (...), a questão da escala de úlcera por pressão e da escala (pequena pausa para pensar) a escala de úlcera, Braden, e outra, risco de queda no paciente, não é? Que eles cobram muito (Entrevistado 18, enfermeiro do período pré-operatório).

O aumento da debilidade da pele traz desafios para o paciente e para a equipe de enfermagem, predispondo aos riscos de ruptura do tegumento e aparecimento de úlcera por pressão, que favorece a ocorrência de infecção, o aumento de tempo de internação e de morbidade.

A ocorrência da úlcera por pressão constitui-se em um grande desafio para o cuidado de saúde, pois é concebida como um problema de saúde multicausal relacionado às condições clínicas, nutricionais e sociodemográficas dos pacientes (LUCENA, 2011).

Estimular o posicionamento correto na maca cirúrgica, a mudança de decúbito, é competência da equipe de enfermagem, capaz de intervir e reduzir os fatores desfavoráveis da hospitalização e do procedimento cirúrgico.

Outro ponto retratado na fala supracitada foi a identificação do paciente. Os processos de identificação necessitam de precisão, visto que o paciente pode estar sedado, desorientado, pode ter mudado de leito, ter deficiências sensoriais ou pode estar propenso a outras situações que possam levar ao erro de identificação.

Processos falhos de identificação do paciente estão entre as causas mais comuns de eventos adversos na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos (WHO, 2007).

Foi realizado um estudo, em um hospital escola de Santa Catarina, para avaliar se havia identificação dos pacientes antes da administração de medicamentos, em uma unidade pediátrica, com 13 profissionais de enfermagem, onde foram realizadas 223 observações, nas quais, em 142 vezes, os pacientes foram identificados de alguma forma antes da

administração de medicação e fluidos; destes, somente seis foram identificados pelo nome completo e, em 81 vezes, não se efetuou nenhum tipo de identificação (PORTO, 2011).

A equipe de enfermagem deve ter a noção de que tem em suas mãos o cuidado a um ser vulnerável, principalmente na clínica cirúrgica. Por esse motivo é que se deve desenvolver em cada integrante da equipe o hábito de identificar e referenciar os pacientes pelo nome.

Todavia, a identificação é uma atribuição da enfermagem que presta cuidados à saúde e deve ser considerado indispensável para o cuidado seguro. Nos serviços de saúde, constata-se a prática comum entre os profissionais a referência aos pacientes pelo número do leito ou pela doença que o trouxe ao serviço. (BRASIL, 2013).

Na prática, a identificação do paciente é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção, podendo interferir nas demais etapas, primordiais à garantia da qualidade e segurança do serviço prestado (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A equipe de enfermagem na clínica cirúrgica desenvolve várias intervenções voltadas para a segurança do paciente, estas se iniciam ao receber o paciente, apresentar-se, verificar a pulseira de identificação, verificar a presença de alergias, as doenças anteriores, o prontuário do paciente, a prevenção de eventos adversos e até as principais intercorrências no plantão.

5.2.2 Ações de Cuidado e suas Implicações na Segurança do Paciente

Ao serem questionados sobre a relação do cuidado de enfermagem e a segurança do paciente, os participantes se reportaram às ações de segurança desenvolvidas e o que eles vivenciavam na prática diária. As circunstâncias mais citadas e geradoras de preocupação relacionam-se ao processo de administração de medicamentos, que são passíveis de erros, desde a prescrição, preparo até a administração, e a identificação de efeitos adversos. Podemos observar nos depoimentos a seguir:

No meu cotidiano sim (...) a medicação que são os cinco certos, que agora são acho que dez. Então a gente desenvolve a segurança no cotidiano da gente (Entrevistado 14, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

Todo dia lido com isso, todo dia, já agora aconteceu um episódio, a paciente estava tomando antibiótico, a gente foi verificar sinais vitais e ela estava toda se coçando, perguntei se ela tinha alergia a alguma medicação e descobri que era alergia ao antibiótico, então pronto a gente já frisa isso, porque todo dia a gente se depara com um caso desse (Entrevistado 5, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

Assim, eu procuro checar o máximo de informações possíveis no caso das alergias às vezes o anestesista não olha aí, a gente olha vai lá e avisa, então ele não vai fazer aquela medicação (Entrevistado 23, técnico de enfermagem do período transoperatório).

A administração de medicamentos é uma atividade da equipe de enfermagem. Dentro da etapa do processo de administração de medicamentos, temos o aprazamento e a administração de medicamentos praticada pelo enfermeiro, porém na maioria das vezes a administração de medicamentos é realizada pelo técnico de enfermagem sob a supervisão do enfermeiro. Contudo, essa supervisão muitas vezes não é realizada de forma permanente, ou seja, direta. Sabe-se que vários fatores podem contribuir para que isso ocorra, entre eles o número de pacientes e dimensionamento de pessoal necessário.

É considerável a preocupação dos profissionais com a reação adversa causada pelas medicações. A ocorrência de um evento adverso tem um importante impacto no Sistema Único de Saúde, pois acarreta aumento na morbidade, na mortalidade, o tempo de tratamento dos pacientes e os custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do país (BRASIL, 2013).

Os eventos adversos relacionados a medicamentos extrapolam as situações que envolvem drogas concentradas de alta vigilância. Os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde e é importante destacar que estas situações, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas nas três principais fases do processo de medicação – prescrição, dispensação e administração, as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas (WULFF, 2011).

A possibilidade de prevenir e evitar a ocorrência de eventos adversos a medicamentos aponta para a necessidade de avaliar as causas, assim como os fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes (BRASIL, 2013).

Os profissionais de enfermagem têm um papel importante na redução dos índices da falta de cuidado seguro através da Prática Baseada em Evidências e adoção das diretrizes e procedimentos operacionais padrões (POPs) recomendados pela Organização Mundial de Saúde para evitar erros na realização de procedimentos e intervenções. A Prática Baseada em Evidências (PBE) compreende o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente (ATALLAH; CASTRO, 1998).

Outra ação de cuidado de enfermagem revelada nos depoimentos foi a verificação dos sinais vitais:

Um dos principais cuidados que a gente tem que ter é os sinais vitais, olhar se a PA está boa, e verificar se tem alergia a alguma coisa medicação (...) (Entrevistado 7, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

No meu dia, dia, no paciente acamado, se as grades estão levantadas para não correr o risco de cair, se os sinais vitais estão normais, (...) (Entrevistado 8, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

A aferição e avaliação dos sinais vitais fazem parte do exame físico que deve ser recomendado para todos os profissionais de saúde, uma vez que estes resultados podem revelar alterações importantes no estado de saúde do paciente, principalmente no período perioperatório, em que pode ocorrer instabilidade hemodinâmica. Os achados do exame físico, como alteração dos sinais vitais, controle de eliminações, presença de edema, dor, choro, agitação e sonolência, entre outros, podem exigir mudanças terapêuticas ou podem evitar ou postergar a execução de algum procedimento que venha a afetar a segurança do paciente.

Cabe destacar os sinais vitais, pois são importantes para direcionar as ações da equipe. Os sinais vitais associados à avaliação física e a sensibilidade algica, na ocorrência de dor, repercutem modificações nos valores da pressão arterial, nas frequências respiratória e cardíaca e, ainda, admite-se influências na temperatura corporal de forma significativa (MIRANDA *et al.*, 2011).

Uma pesquisa realizada no município de Ponta Grossa com 129 pacientes mostrou que o auxílio com transporte ao centro cirúrgico, a avaliação do jejum, a colocação da roupa estabelecida pela instituição, a retirada da roupa íntima e a verificação de sinais vitais são os cuidados mais realizados e identificados pelos pacientes no período perioperatório (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Os participantes destacaram que as ações de cuidado para não transmissão de infecção para o paciente internado possuem relação com a segurança do paciente. Para leigos, a prestação da assistência de enfermagem pode parecer simples, já que estão voltadas para as necessidades básicas do ser humano, que quando sadio não necessita de auxílio para satisfazê-las, mas vale salientar que complicações decorrentes do processo de hospitalização podem surgir e, entre estas, destacam-se as infecções hospitalares.

Os depoimentos a seguir ilustram a preocupação com a ocorrência das infecções associadas ao uso de acesso venoso e à ferida cirúrgica.

A gente desenvolve as ações que visam o controle das infecções, observa as datas dos acessos venosos, a ferida operatória, como é que está evoluindo (Entrevistado 15, enfermeiro do período pré-operatório).

A contaminação do paciente por agente infeccioso difundido por contato direto com as mãos pode ser evitada com atitude simples, como a lavagem das mãos corretamente, antes e após o contato com o paciente, mas nem sempre recebe a devida atenção dos profissionais.

A redução de infecções foi o tema da primeira campanha da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente intitulada “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. A higiene das mãos é o foco maior desta campanha (BRASIL, 2013).

A prática da higienização das mãos pelos profissionais de saúde no momento certo e da maneira correta contribui para redução da disseminação de infecção no ambiente de saúde e, segundo a Organização Mundial da Saúde, 5 a 10% dos pacientes que utilizam os serviços hospitalares adquirem uma ou mais infecções (OMS, 2008).

A utilização correta dos equipamentos de proteção individual (EPIs) pode evitar ou minimizar a transmissão de agentes patogênicos entre os pacientes e também protege os profissionais, mas muitos não valorizam o uso destes como estratégia de segurança na assistência, como pode ser observado no depoimento a seguir.

(...) o cuidado é fundamental, a questão dos acessos, olhar validade, e sempre quando puder usar os EPIs para evitar contaminação cruzada (Entrevistado 17, técnico de enfermagem do período pré-operatório).

O profissional de enfermagem deve inspecionar diariamente o sítio de inserção do cateter, lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular, utilizar luvas de procedimento, máscara e óculos durante a inserção e retirada do cateter, trocar o curativo sempre que se apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização (SILVA; FONSECA, 2006).

Em se tratando de segurança do paciente, o conhecimento técnico sobre uso de EPIs é imprescindível para um cuidado de qualidade, uma vez que a assistência ao paciente oncológico na clínica cirúrgica perpassa por diversos momentos que vai desde o pré-operatório até o pós-operatório, assim a falta desses recursos, o uso incorreto de EPIs ou até mesmo a desvalorização do uso podem gerar o cuidado de forma inadequada.

5.2.3 A Influência da Lista de Verificação da Cirurgia Segura (*Checklist*) na Comunicação entre os Membros da Equipe de Enfermagem

Questionou-se aos participantes se a lista de verificação da cirurgia segura (*checklist*) teve influência na comunicação entre equipe de enfermagem. Observou-se que a influência foi positiva para a efetivação das informações a partir do uso do instrumento em todo o período perioperatório, como revelam algumas falas:

Tem sido muito relevante e importante para nossa prática, porque é por meio deste instrumento que ajuda muito a nossa avaliação, direciona, contribui bastante, porque aqui a gente avalia a patologia que ele vem, medicações, as possíveis alergias que eles venham a ter (...) (Entrevistado 1, técnico de enfermagem do período transoperatório).

É mais uma maneira da gente garantir o nosso trabalho (...) eu acho que quanto mais visto cada proposta, mais segura se torna, então se passa pela técnica de enfermagem na hora da admissão, se passa por mim na hora de conferir o pré-operatório do paciente, se lá no centro cirúrgico tem outra conferência, então diminui mais o risco de erros que a gente possa ter com esse paciente (Entrevistado 18, enfermeiro do período pré-operatório).

Sim muitas vezes o paciente é alérgico e no protocolo é feita a entrevista com ele ou então em relação a uma medicação tem um item na folha que diz se as medicações foram feitas pra não fazer de novo antes do horário que o médico quer plamet de oito em oito sempre faz plamet no centro cirúrgico as vezes pode acontecer da correria e o colega esquecer de checar mas eles não esquecem de colocar na folha (Entrevistado 30, técnico de enfermagem do período pós-operatório).

Como pode ser evidenciado, o uso de *checklist* pode favorecer o trabalho da equipe, pois direciona a avaliação do paciente e registra informações importantes que podem auxiliar na prevenção de falhas, pois a falta de informação integrada entre as equipes de enfermagem e os demais profissionais do serviço de saúde é um fator que contribui para as falhas no atendimento. Os processos de fluxo de informação são muitos complexos e dinâmicos nos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar.

O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma constante atualização de informações com os pacientes e as equipes (BRASIL, 2013).

Outro ponto retratado pela equipe foi sobre a importância do registro no *checklist* e como este é um ponto que favorece a qualidade do cuidado prestado ao paciente, evitando o acontecimento de um evento adverso.

Ah, isso aqui tem toda importância. Às vezes os pacientes esquecem de falar para o doutor, aí aqui o doutor muitas vezes, pesca daqui algumas coisas que eles esqueceram. (Entrevistado 12, técnico de enfermagem do período transoperatório).

É um aparato a mais que nós temos porque a Enfermagem é continuidade, então se já vem da enfermagem com os cuidados dele lá pra gente facilita e diminui os riscos,

então eu acho de extrema importância. No caso das alergias se elas não perguntam lá (pré-operatório), mesmo a gente sabendo que tem que perguntar aqui, pra ficar mais respaldado porque não adianta só falar tem que escrever (Entrevistado 23, técnico de enfermagem do período transoperatório).

A transmissão de informações verbalmente, face a face, entre as equipes, com auxílio de registros padronizados, é considerada uma das formas mais efetivas para que a comunicação ocorra de forma clara e precisa. No entanto, é importante considerar que as condições do local, o respeito aos horários, o tempo de duração e a participação das equipes sigam uma estrutura sistematizada com o apoio de relatórios de dados objetivos, preferencialmente informatizados sobre as mudanças e evolução do quadro clínico dos pacientes (RANDELL, 2011).

Nesse contexto, observamos que o *checklist* também auxilia a equipe a perceber os problemas de saúde para que possa planejar uma assistência de qualidade, mas chama-se atenção para que o uso do *checklist* não sobreponha o cuidado. As informações do *checklist* são válidas, porém é necessário estimular a equipe na sua rotina de trabalho a pensar criticamente em quais as melhores decisões a serem tomadas para obtenção de um cuidado seguro.

Desse modo, a enfermagem deve ter estratégias que promovam de modo revolucionário e dinâmico a real associação da teoria à prática a fim de que se consiga resguardar os valores primordiais da enfermagem, de centrar ações no paciente de modo integral, o que distingue as ações de enfermagem das realizadas por outros profissionais de saúde (PEDREIRA, 2009).

O investimento nas relações de comunicação é necessário, pois favorece o compartilhamento das informações aos colegas, assegurando, assim, a continuidade dos cuidados desenvolvidos. Sendo o registro e a fluidez no repasse de informações essenciais para o desenvolvimento da comunicação entre os profissionais, ressalta-se que a comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem. E segundo alguns autores, a comunicação é, pois, habilidade indispensável aos profissionais de enfermagem, que devem ficar atentos aos seus enunciados informativos e resultados do processo comunicativo (PENAFORTE; MARTINS, 2011).

Entende-se que a enfermagem tem responsabilidade direta nas medidas que possam assegurar cirurgias, tais como o local correto da intervenção e o registro dos cuidados ofertados, atitudes que podem ser até pouco complexas, mas que podem determinar o sucesso do tratamento pela isenção de ações errôneas, e que o uso de instrumentos pode facilitar o processo de comunicação entre os profissionais. Considera-se que este é um desafio para os

profissionais de enfermagem, que trabalham em uma equipe multidisciplinar, sendo necessária a circulação de informações claras e estruturadas que favoreçam a assistência segura no período perioperatório.

5.2.4 A Experiência de Trabalhar com o Protocolo de Segurança do Paciente

Os participantes foram questionados sobre como tem sido a experiência de trabalhar com o protocolo de segurança para o paciente, e seus depoimentos revelaram associação estreita ou até pode-se considerar limitada ao uso do *checklist*, não existindo ampliação para as ações de cuidado voltadas para uma assistência integrada e com competência técnica. Denota-se nas falas abaixo que o instrumento (*checklist*) é o foco de atenção dos participantes quando se fala de segurança do paciente.

(...) é um instrumento muito bem aceito, a gente não encontra, existe resistências, mas mínimas se for colocar mesmo é o que tá acontecendo tudo tá se dando de forma positiva e eu estou feliz com o resultado eu acredito que toda a equipe já entendeu o que é esse protocolo de cirurgia segura e muitos tem contribuído pra realização desse (...) (Entrevistado 29, enfermeiro do período transoperatório).

Eu acho que não só pra mim, mas pra todo mundo é ótimo. Porque a segurança do paciente se tudo isso for feito corretamente sem dúvida não há preocupação porque ele tem da admissão até a saída dele da sala de cirurgia [...] então quando ele chega é admitido e feito todo aquele processo do pré-operatório, aí quando ele vai pra minha sala tem todo um processo. Antibiótico, se vai verificar a glicemia [...], se for feito corretamente não tem com quem se preocupar. Isso foi a melhor coisa que já fizeram o checklist no prontuário do paciente (...) (Entrevistado 19, técnico de enfermagem do período transoperatório).

Observou-se que apesar de se interessarem pelo uso do *checklist*, alguns membros da equipe passaram a perceber que o uso do instrumento é mais uma medida para garantir uma cirurgia segura no período transoperatório. Atrelado a isso, foi apontado, através do depoimento do entrevistado 19, que o *checklist* é um meio de acompanhar o paciente desde a admissão até a saída da sala de cirurgia.

O bom uso se dá quando as equipes compreendem a importância, a necessidade, enfim, aceitam o processo e incorporam ‘o novo’ à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e equipe, é essencial para o sucesso do procedimento (SCHALACK; BOERMEESTER, 2010).

Segundo Haynes *et al.* (2009), o uso de um *checklist* envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe. O estabelecimento dos fatores de risco,

protocolos de intervenção, preparo da equipe de enfermagem para a utilização do *checklist* e a realização segura dos cuidados são aspectos relevantes para garantir a segurança do paciente.

Acredita-se que a introdução do *checklist* é um importante passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica (SCHALACK; BOERMEESTER, 2010).

A aplicação do *checklist* assegura a diminuição dos riscos que podem colocar a vida dos pacientes submetidos há uma cirurgia, um estudo publicado no New England Journal of Medicine, em 2009, realizado com 7.688 pacientes, mostrou que antes e depois da utilização do *checklist* de cirurgia segura houve uma redução em 36% de grandes complicações e em 47% de mortalidade (HAYNES *et al.*, 2009).

Cirurgias com local de intervenção errado, paciente errado, lesões cutâneas, infiltrações e falhas na verificação de equipamentos são ocorrências comuns nas instituições de saúde e alvo de muitas denúncias na imprensa, assim como no Ministério Público. O depoimento a seguir respalda a importância do *checklist* como estratégia de segurança no período transoperatório:

Eu acho que melhorou bastante. Tinha paciente que saía com queimadura que a gente não via, depois com o *checklist* melhorou bastante, tudo melhorou (Entrevistado 17, técnico de enfermagem do período transoperatório).

Reconhecer que erros acontecem pode prevenir situações semelhantes no porvir. A prevenção de riscos é essencial para criar um ambiente seguro e conseqüentemente reduzir e controlar os riscos. Assim, os profissionais precisam ser reorientados sobre o seu papel, garantindo que os equipamentos estejam disponíveis para o uso e funcionamento corretamente. Aprender sobre erros auxilia o aprimoramento de processos clínicos e a prevenção de futuros casos similares (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Ressalta-se, portanto, a importância de a equipe de enfermagem realizar o preenchimento do *checklist* e compreender que esse recurso auxiliará na identificação e nas demandas de necessidades dos pacientes de acordo com o procedimento cirúrgico.

A compreensão evita a propagação das falhas que conseqüentemente atingirão os pacientes, causando danos, e permite a organização hospitalar rever seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa (SILVA, 2010).

Negligenciar os cuidados relacionados ao posicionamento inadequado de um equipamento pode acarretar sérias conseqüências ao paciente. O trabalho em equipe é a chave para a realização dessa atividade. Para SOBECC (2013), a prevenção de traumas e desconforto no intraoperatório é um aspecto importante, o que o torna necessário o

reconhecimento de fatores de risco relacionados aos pacientes cirúrgicos e as situações mais propícias para a ocorrência de danos.

Assim, todos os membros da equipe cirúrgica devem estar envolvidos na identificação de riscos, mantendo a segurança do paciente e protegendo-o de traumas durante a cirurgia, bem como possíveis eventos adversos.

Durante o estudo, a equipe se deteve às atividades tecnicistas, e não se detinha às ações próprias da enfermagem. Observou-se que o cuidado se dava de forma mecanicista e o cuidar do outro e os cuidados em si não estão sendo valorizados. Chama-se atenção para a fala do entrevistado:

Bom eu fico com a consciência tranquila o protocolo (*checklist*) não é uma coisa do outro mundo se você ler inteiro fica no automático (Entrevistado 05, técnico de enfermagem do período transoperatório).

O excesso de realização de atividades não privativas da equipe de enfermagem associado a práticas para exercer as atividades de enfermagem pode provocar o distanciamento entre a prática e o cuidado pleno.

Todavia, em virtude dos modelos de saúde predominantes, a Enfermagem adequou o processo de trabalho aos procedimentos, técnicas e rotinas institucionalizadas nos serviços, distanciando-se do cuidado e das mudanças que seriam necessárias no cotidiano da assistência e do cuidado (PEREIRA *et al*, 2009).

Com o desenvolvimento da ciência, muitos conhecimentos foram produzidos acerca da segurança de paciente na última década, como a Lista de verificação da cirurgia segura (*Checklist*), que pode ser descrita como um instrumento utilizado para promoção do cuidado clínico seguro no período perioperatório. É através dele que a equipe percebe os problemas de saúde, desenvolve, implementa ações de cuidado de forma integral com rigor técnico-científico. Entretanto, a equipe de enfermagem não deve se prender apenas à técnica, é importante a interação prévia com o paciente a fim de desenvolver um cuidado individualizado e aplicado à real necessidade do paciente.

Na clínica cirúrgica, é inviável se distanciar da técnica; pelo contrário, a destreza técnica sempre foi uma característica forte para a prática da enfermagem. As técnicas foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para construir o seu objeto de ofício, o cuidado de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Ressalta-se que a técnica não deixa um distanciamento entre os procedimentos técnicos e o cuidado de enfermagem, pois essa lacuna dificulta a assistência de enfermagem e o êxito do cuidado prestado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar as ações de enfermagem voltadas para a promoção do cuidado clínico realizado pela equipe de enfermagem não é uma tarefa fácil porque o ser humano em si é muito complexo. Para transformar o momento de apreciação em aferição do conhecimento, é necessário desenvolver uma arte para interpretar os resultados. A complexidade do ser humano é impalpável e se evidencia quando a subjetividade se manifesta através do significado de segurança do paciente e das ações da equipe de enfermagem prestadas para garantir um cuidado seguro. Todos esses fatores precisam ser considerados ao estudar as dimensões da segurança do paciente.

A partir das entrevistas realizadas foi possível constatar a concepção de segurança do paciente pela equipe de enfermagem, a identificação das ações de enfermagem voltadas para prestação do cuidado seguro e a influência do fluxo de informações no processo de trabalho para garantir a segurança do paciente.

Quanto à segurança do paciente, os integrantes da equipe de enfermagem consideraram que a segurança do paciente estava ligada à prevenção de quedas e com isso o cuidado prestado pela equipe de enfermagem apresentou-se de forma fragmentada, com atividades dirigidas apenas para a prevenção de eventos adversos, como a queda.

Não obstante, a segurança do paciente também esteve vinculada com os cuidados na prevenção de lesões de pele, verificação dos sinais vitais e ao uso dos equipamentos de proteção individual. Esse conjunto de ações voltadas para a prevenção de riscos evitáveis reforçou práticas seguras e auxiliou as equipes de enfermagem a reduzir a ocorrência de danos ao paciente.

Ainda sobre as ações da equipe de enfermagem para garantir a segurança do paciente, a administração de medicamentos e a precaução com a disseminação de infecção foram evidenciadas como geradoras de preocupação. Todas essas ações destacadas proporcionaram à equipe a prestação de um cuidado com foco na qualidade da segurança.

No tocante ao uso do *checklist* e sua influência na comunicação, constatou-se uma oportunidade de melhorar a comunicação, além disso o uso do mesmo diminuiu a divergência provocada por situações inesperadas.

A experiência de trabalhar com o protocolo de segurança do paciente considerou o *checklist* como um recurso que garante a execução do trabalho, apesar de se limitarem ao uso do mesmo, comprometendo a ampliação dos cuidados de enfermagem voltados para o paciente. Constatou-se, ainda, que a aplicação do *checklist* e os cuidados de enfermagem voltados para a mulher com câncer ginecológico ocorriam de forma distinta e a equipe permanecia dedicada quase que exclusivamente à aplicação do *checklist* no período transoperatório.

Muitos fatores envolvem a segurança do paciente, é importante rever conceitos e atos que podem gerar implicações individuais e coletivas. O investimento na educação permanente pode contribuir para a reorientação da equipe de enfermagem perante as mudanças ocorridas nos conceitos, condutas e no protocolo de segurança do paciente.

Percebemos que a hegemonia da rotina, expressa pelos integrantes da equipe através do preenchimento da lista de verificação de cirurgia segura (*Checklist*), implicou no automatismo das ações de cuidado, gerando um obstáculo para o desenvolvimento do cuidado de forma integral.

Evidenciou-se a falta de avaliação contínua na forma de aplicação do *checklist* por parte da gerência de enfermagem. Sugere-se que as instituições de saúde incluam espaços para discussão de casos clínicos para que seja trabalhada a cultura de erros, não de forma punitiva, mas para cooperar e fortalecer o exercício do cuidado.

Embora a lista de verificação da cirurgia segura (*checklist*) tenha mostrado uma influência positiva na comunicação e no processo de trabalho da equipe de enfermagem, é necessária uma avaliação por parte da gerência de enfermagem através de indicadores que possam medir os resultados na prática do cuidado relacionados com a aplicabilidade do *checklist*.

Quanto às limitações do estudo, reconhece-se que a adição de outros profissionais da equipe de saúde poderia ter ampliado o entendimento do objeto de estudo. Todavia, a opção pela equipe de enfermagem foi considerada por ser mais acessível em virtude do tempo para realização do Curso de Mestrado. As transferências de setor e os pedidos de demissão de integrantes da equipe de enfermagem que atuavam no período de pós-operatório foram pontos especialmente difíceis, o que dificultou no processo de coleta de dados, pois a equipe estava incompleta nesse período.

É relevante que inclinemos nosso olhar sobre as ações do cuidado clínico seguro essencial à prática diária da enfermagem, visto que cuidar é muito mais que fazer um

procedimento de enfermagem, é enxergar no outro um ser único com suas necessidades, tendo em vista que o trabalho da equipe seja em prol do restabelecimento da saúde do indivíduo.

Considera-se que este estudo tenha fornecido subsídios para análise da prática da equipe de enfermagem, que se reflete sobre esta realidade, e que se possa modificar a prática clínica com a finalidade única de realizar um cuidado clínico seguro às mulheres com câncer ginecológico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, 295p.
- ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo, Centro Cochrane do Brasil, 1998.
- AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ: British Medical Journal**, v. 344, p. e1717, 2012.
- BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 09-16, 2006.
- BARROS, G. C. **Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológica submetidas a braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo**. 2007.94f. Dissertação de (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- BEREK e NOVAK. **Tratado de ginecologia**/Jonathan S. Berek; [tradução Cláudia Lúcia Caetano de Araújo: revisão técnica Ronaldo Carauta de Souza]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BOLTON, L. B. *et al.* Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre-and postregulation. **Policy, Politics & Nursing Practice**, p. 8-238, 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Estratégia Multimodal de melhoria da higiene das mãos**. Acesso em 12 jul 2015. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>>.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, 2013.
- _____. **Lei Federal 5.452, de 1º de maio de 1943**. Dispõe sobre as Leis trabalhistas, aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. República Federativa de Brasil. Brasília, DF, de 1 mai.1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm> Acesso em 28 dezembro 2015.
- _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Lei de direitos autorais N° 9610-19**. Brasília (DF) Diário Oficial da União; 1998.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/2012, 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA MS/GM N. 529, de 1º DE ABRIL DE 2013.** Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>. Data de acesso em: 29/12/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução RDC 50 de 21 DE FEVEREIRO DE 2002, RDC 307/02, RDC189/02.** Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 nov. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.** Dispõe sobre ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 de jul. 2013.

_____. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente (Brasil). **Cirurgias seguras salvam vidas.** Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

COFEN. **LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986.

CORREA A. D. *et al.* Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

COSTA, S. R. *et al.* Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 676-81, 2011.

DE ENFERMAGEM, Rede. Estratégias para a Segurança do Paciente: manual para profissionais da saúde/Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Porto Alegre: EDIPUCRS**, 2013.

DI BIAGGI, T.; CHIATTONE, H. B. C. Repercussões emocionais do câncer ginecológico. **Tratado de ginecologia**. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000. Cap.31, p. 236-250.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações e Ginecologia e Obstetrícia. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Diretrizes **Clínicas na Saúde Suplementar. Câncer de Vulva** Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011. Disponível:<http://www.projtodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/cancer_de_vulva.pdf> Acesso em 07 jan 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. Como classificar a pesquisa. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, p.25-44, 2010.

HAYNES, A. B. *et al.* A surgical safety chek-list to reduce morbidity and mortality in a global population. **N Engl J Med**. v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G.M.; SCHEBELLA, S. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015.

ICC. Instituto do Câncer do Ceará. Disponível em: <<http://www.hospcancer-icc.org.br/>>. Acesso em 28 dez. 2014.

_____. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>>. Data de acesso 2 Abr 2014.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro, 2010.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Sizing the nursing staff in an intensive care unit for adults. **Acta paulista de enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 379-84, 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões da Joint Commission International para Certificação de Programas de Cuidados Clínicos [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 2010.

LUCENA, A. F. *et al.* Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. **Rev Latino-am Enfermagem -Bra-**, v. 19, n. 3, p. 523-30, 2011.

MAGALHÃES, A. M. M. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário**. 2012. 136 f. Tese- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. **Rev Latino-am Enfermagem -Bra-**, v. 21, n. SPE, p. 146-154, 2013.

MARANA, H. R. C. *et al.* Estadiamento cirúrgico do câncer de colo de útero localmente avançado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, dez. 2005.

MELO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, out-dez, p.1124-1133, 2013.

MENDES, G. A. dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 165-169, Mar. 2009.

MENDONÇA, V. G. *et al.* Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.30, n.5, p.248-55, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIRANDA, A. F. A. *et al.* Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 327-333, 2011.

NEEDLEMAN, J. *et al.* Nurse Staffing and inpatient hospital mortality. **The new England journal of medicine**, v. 364, n. 11, p.1037-45, 2011.

O'BRIEN-PALLAS, L. L. I. X. M. *et al.* Evaluation of a Patient Care Delivery Model: System Outcomes in Acute Cardiac Care. **The Canadian journal of nursing research.** v. 42, n. 4, p. 98-120, 2010.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, out/dez. 2009.

OLIVEIRA, F. D. M. Qualidade de vida de enfermeiras e sua relação com o cuidado clínico de enfermagem. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos.** Tradução de Sátia Marine. Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2008.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n.esp., p.880-1, 2009.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente.** In: SALLES, C. L. S.; CARRARA D. Cirurgia segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

PENAFORTE, M. H. O.; MARTINS, M. M. F. P. S. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. **Rev Latino-am Enfermagem -Bra-.**, v. 19, n.1, [09 telas], 2011.

PEREIRA, M.J.B., FORTUNA, C.M., MISHIMA, S.M., ALMEIDA, M.C.P., MATUMOTOIET, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**, v.62, n. 5, p.771-7, 2009.

PORTO, T. P. *et al.* Identificação do paciente em unidade pediátrica: Uma questão de segurança. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. Vol. 11, n. 2, p. 67-74, 2011.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.

RADUENZ, A. C. *et al.* Nursing Care and Patient Safety: Visualizing Medication Organization, Storage and Distribution with Photographic Research Methods. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, 2010.

RANDELL, R.; WILSON S.; WOODWARD, P. The importance of the verbal shift handover report: a multi-site case study. **International journal of medical informatics**, v. 80, n. 11, p. 803-812, 2011.

RIBEIRO, A.C.; SOUZA, J.F.; SILVA, J.J. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 569-575, 2014.

RUIZ, L. R. *et al.* Câncer primário de vagina. **Rev Cubana Obstet Ginecol**, Ciudad de la Habana, v. 36, n. 3, sept. 2010.

SÁ, A. C. O paradigma do cuidado no âmbito da saúde. In: TRANSFERETTI, J. A.; ZACARIAS, R. (Orgs.). **Ser e cuidar: da ética do cuidado ao cuidado da ética**. 87. Aparecida, SP: Editora Santuário. São Paulo-SP: Centro Universitário de Teologia Moral, 2010. p. 171-184.

SCARINCI, I.C. *et al.* Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. **Cancer**. v. 116, n. 11, p. 2531-2542, 2010.

SCHALACK, W. S.; BOERMEEESTER, M. A. Patient Safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. **Curr Opin Anesthesiol.**, v. 23, n. 6, p. 754-758, 2010.

SCHIFFMAN, M. *et al.* Human papillomavirus and cervical cancer. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 890-907, 2007.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: Desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 422-4, 2010.

SILVA, R.B. *et al.* Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 114-120, 2013.

SILVA, S. B. R.; FONSECA, J. F. A. **Comissão de controle de infecção hospitalar. MANUAL CCIH**, v. 04, 2006.

SMELTZER, S. C. *et al.* Conceito de Perioperatório e Cuidados de Enfermagem. **In.:**_____. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 421, 2012.

SOARES, E. M.; SILVA, S. R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 4, p. 517-522, 2010.

SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC**. 6ª edição. São Paulo: Manole, 2013.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 106-113, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. Campaigns. Clean Care is Safer Care [Internet], 2009. Disponível em: < <http://www.who.int/gpsc/en/> >. Acesso em: 30 abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO/JCI. Joint Commission International.: Patient identification. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. **Patient Safety Solution**, v. 1, solution 2, may. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet], 2008a. Disponível em: < http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf >. Acesso em: 21 jun. 2015.

WULFF, K. *et al.* Medication administration technologies and patient safety: a mixed-method systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 10, p. 2080-2095, 2011.

YURI, N. E.; TRONCHIN, D. M. R. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de Enfermeiros. **Rev Esc Enferm. USP.**, v. 44, n. 2, p. 331-338, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisadora Raquel Silveira Mendes, sob orientação da Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho, vêm, por meio deste, convidar-lhe a participar do estudo intitulado: Promoção do Cuidado Clínico Seguro no Tratamento da Mulher com Câncer Ginecológico. O estudo será parte da dissertação de mestrado para obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde que objetiva avaliar o cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer.

Entendo que a minha participação neste estudo trará benefícios para as mulheres que futuramente possam estar na situação clínica citada e a própria instituição, a qual a pesquisa está sendo realizada, afim de que os cuidados prestados a essa população possam melhorar a assistência de saúde integral a essa mulher.

Estou ciente, ainda, que:

- Meu nome ou qualquer outra informação que eu fornecer será confidencial e anônima, conforme prevista em lei;
- Terei acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer;
- Os riscos e desconfortos que a pesquisa pode desencadear, como constrangimento emocional diante seus colegas e horários de trabalho, será em relação à aplicabilidade da coleta. A coleta será realizada por profissionais capacitados com o intuito de minimizar tais transtornos, pois será realizado em local reservado com hora e local apropriado, de acordo com o pesquisado.
- Minha colaboração e participação poderão proporcionar avanços ao desenvolvimento científico, minha participação não será remunerada, mas qualquer despesa que possa surgir será financiada pelas pesquisadoras;
- Estou ciente que qualquer gravação será de uso exclusivo para conclusão dos resultados da pesquisa.
- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária, sendo que foi me assegurado o direito de abandonar o estudo se assim o desejar, sem que isto acarrete-me qualquer consequência.
- No caso de dúvidas ou qualquer esclarecimento, poderá procurar a pesquisadora no endereço: Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos de saúde e enfermagem no endereço Av. Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza/Ce - Fone/Fax: (85) 3101.9823 ou o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará no endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE – Fone/Fax: (85) 3101-9600/9601.

Eu, _____, _____ anos,

RG _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Li cuidadosamente este Termo e tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecida as minhas dúvidas pela pesquisadora. E declaro ainda estar assinando duas cópias, ficando uma comigo e a outra com a pesquisadora.

Fortaleza, _____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante da pesquisa



Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO À EQUIPE DE ENFERMAGEM

Entrevista N° ____

Dados sociodemográficos

1. Sexo: Masculino feminino
2. Idade (anos completos): _____
3. Estado civil: casado(a) não casado(a)
4. Procedência: _____
5. Escolaridade: nível médio superior completo mestrado doutorado
6. Jornada de trabalho/nº horas semanais?

Sobre Cuidado de Enfermagem seguro

1. O que é segurança do paciente para você?
2. Como tem sido a experiência de trabalhar com o protocolo de segurança do paciente?
3. Fale sobre a relação do cuidado de enfermagem com a segurança do paciente no período perioperatorio?
4. Fale sobre o uso da lista de verificação da cirurgia segura – checklist, e a comunicação entre a equipe de enfermagem no período perioperatório?

Impressões do Entrevistador

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

INSTITUTO DO CÂNCER DO
CEARA - ICC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DA MULHER COM

Pesquisador: ana virginia de melo fialho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31452014.0.3001.5528

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.000.527

Data da Relatoria: 26/03/2015

Apresentação do Projeto:

O presente projeto envolverá dois subprojetos: 1 – Cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer de colo de útero; 2 - Cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer de mama. Subprojeto 1: Cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer de colo de útero.

Tipo de Estudo? Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. **Local do estudo:** nos hospitais terciários de grande porte, localizados no município de Fortaleza-CE e que possuam comissão de segurança do paciente implantada. **População/amostra:** os integrantes da equipe cirúrgica dos hospitais terciários que trabalham com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (checklist. Serão excluídos os profissionais de licença, afastamento, em exercício de funções administrativas e de difícil acessibilidade. **Coleta de dados:** nos meses de março a maio de 2015. Os dados serão obtidos a partir da realização de uma entrevista semi-estruturada com os profissionais e o coordenador da comissão de segurança do paciente, composto por questões abertas e fechadas que abordarão os seguintes assuntos: dados da instituição e do processo de implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (checklist). Os dados coletados serão analisados e interpretados utilizando-se uma estatística descritiva da média aritmética dos dados, mediante o programa Microsoft Office Excel 2010. Serão seguidos os princípios éticos previstos na Resolução do CNS N°466/2012 que

Endereço: PAPI JUNIOR
Bairro: RODOLFO TEÓFILO **CEP:** 60.441-700
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3288-4653 **Fax:** (85)3228-4653 **E-mail:** eco@hospcancer-icc.org.br

INSTITUTO DO CÂNCER DO
CEARA - ICC



Continuação do Parecer: 1.000.527

trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer. **Objetivos Secundários:** SUBPROJETO 1 - Cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer de colo de útero. • Verificar a influência da aplicação do checklist na segurança do processo cirúrgico. • Identificar os resultados das ações implementadas pela comissão de verificação de Segurança Cirúrgica. • Verificar a opinião dos profissionais sobre a influência da aplicação do checklist na comunicação interpessoal da equipe. SUBPROJETO 2 - Cuidado clínico de enfermagem para promoção da segurança da mulher com câncer de mama. • Relacionar o cuidado clínico de enfermagem prestado à segurança da qualidade da assistência. • Investigar as necessidades de cuidado de enfermagem da mulher com câncer de mama em uma instituição hospitalar. • Verificar as ações de implementação da comissão Segurança Cirúrgica (checklist) estão sendo implementadas. • Identificar a influência das ações implementadas pela comissão de verificação de Segurança Cirúrgica na qualidade da assistência relacionada à comunicação da equipe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que poderão ocorrer aos sujeitos da pesquisa são desconforto na coleta de dados. Em relação aos benefícios, a pesquisa aponta que serão: fortalecimento da pesquisa no campo da saúde da mulher, ampliação do conhecimento sobre as doenças crônicas degenerativas, apresentação de diversas propostas e sugestões a serem inseridas na realidade investigada, publicação de papers e relatórios como forma de oferecer um retorno a comunidade investigada. E ainda, como se trata, de uma pesquisa, com participação de estudantes de graduação e pós-graduação, espera-se que produza efeitos na formação para o exercício da pesquisa científica na saúde e enfermagem. Também, aponta que os resultados poderão auxiliar na resolução das necessidades advindas nos processos de gestão das instituições públicas escolhidas como campo de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de muita relevância tendo em vista que se propõem em avaliar o cuidado clínico de enfermagem e a segurança da mulher com câncer em Fortaleza – Ceará. Além de se constituir como uma experimentação de pesquisa na formação de graduandos e pós-graduandos na área de enfermagem.

Endereço: PAPI JUNIOR
Bairro: RODOLFO TEÓFILO CEP: 60.441-700
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3288-4653 Fax: (85)3228-4653 E-mail: eco@hospcancer-icc.org.br

INSTITUTO DO CÂNCER DO
CEARA - ICC



Continuação do Parecer: 1.000.527

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos (TCLE, Folha de Rosto) estão de acordo com os ditames da Resolução 466/12. Cronograma aderquado e anuência do ICC presente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Indica-se a aprovação do colegiado do CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acompanha o parecer do relator, aprovando o projeto sem quaisquer restrições.

FORTALEZA, 26 de Março de 2015

Assinado por:
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(Coordenador)

Endereço: PAPI JUNIOR
Bairro: RODOLFO TEÓFILO CEP: 60.441-700
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3288-4653 Fax: (85)3228-4653 E-mail: eco@hospcancer-icc.org.br

ANEXO B - ADMISSÃO CIRÚRGICA DE ENFERMAGEM

ADMISSÃO CIRÚRGICA DE ENFERMAGEM AEN.Form.003

Nome: _____ Idade: _____ Convênio: _____
 Prontuário: _____ Leito: _____ **PESO:** _____ **ALTURA:** _____
 Cirurgia prevista: _____
 Data da cirurgia: _____ Cirurgião: _____

ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

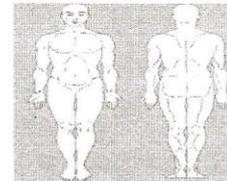
Usar legenda: P (presente), A (ausente), NP (não se aplica)

Possue Alergias?: () Quais: _____
 Patologias pré-existentes: _____
 Demarc
 Tempo de jejum: () 6h () 8h Alimentou-se (data: _____ hora: _____)
 Reserva de sangue: CH () Plaquetas () Crio () Plasma ()
 Lavagem Intestinal: () Hora: _____ Evacuações: ()
 Banho pré-operatório: () Clorexidina antes da cirurgia
 () Clorexidina no dia anterior da cirurgia

Vitais Vitais: T: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ DOR: _____ Hora: _____
 Pré-anestésico: () Hora: _____ Qual/via: _____
 Retirada de prótese dentária / lentes: () Justificar em caso de ausência: _____
 Retirada de adornos: () Justificar quando ausente: _____
 Retirada de roupa íntima: () Justificar quando ausente: _____
 Exames pré-operatórios: () Quais: _____
 Justificar em caso de ausência de exames: _____

Tricotomia: () Hora: _____ Região: _____
 Preparo: _____ Responsável: _____
 Medicações em uso: _____

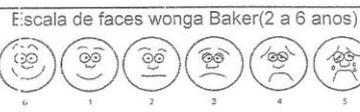
Funcionário: _____ COREN: _____



Demarcação de sítio cirúrgico / Tricotomia



0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada
 7-9 intensa / 10- insuportável



0 - sem dor / 1-2 dor leve / 3- dor moderada
 4- dor forte / 5- dor insuportável

Avaliação da dor - Escala comportamental (0 a 2 anos)

Mímica facial	Choro	Respiratório	Membros Superiores	Membros inferiores	Nível de consciência
0-relaxada	0-ausente	0-rítmico	0 - relaxados	0-relaxados	0-dormindo/calmo
1-contrai	1-remungos	e regular	1-fletidos/estendidos	1-fletidos/estendidos	1-irritado
	2-forte	1-Diferente do padrão de repouso			

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

AEN.Form.003

Confirmado paciente: () SIM () NÃO Nível de consciência: _____
Usar legenda: P (presente), A (ausente), NP (não se aplica)
 () Sondas () Drenos () Catéteres / Acesso venoso: () Local: _____

Pré-anestésico: () Hora: _____ Qual / via: _____
 Reserva: () UTI solicitação de sangue: CH () Plasma () Plaquetas () Crio ()
 Tricotomia: () Região: _____ () hospital () domicílio
 Exames pré-operatórios: () Justificar em caso de ausência: _____
 Realizou jejum?: ()
 Alergias: () _____
 Próteses: () Justificar em caso de presença: _____
 Roupa Íntima: () Justificar em caso de presença: _____

Medicina Nuclear com imagem () Medicina Nuclear sem imagem ()
 Ultrassom () Mamografia ()

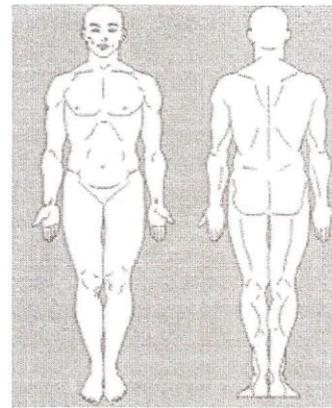
Informações obtidas: () paciente () família
 Sinais Vitais: T: _____ PA: _____ DOR: _____ Hora: _____
 Enfermeira: _____ Coren: _____

ADMISSÃO DO PACIENTE NA SALA DE CIRURGIA

Sala: _____ Circulante: _____ Instrumentadora: _____ Hora da admissão: _____

LOCALIZAÇÃO:

↳ Injetor: ●
 ↳ Punção venosa: ▼ Local: _____ () Scalp () catéter periférico
 Placa de bisturi: ■ Bisturi elétrico (marca): _____
 Patrimônio: _____
 Incisão cirúrgica: I----I
 Ato operatório (posição cirúrgica): DD () LD () LE () ginecológica ()
 Outra: _____
 Posicionadores: ● Local: _____
 Preparo da pele:
 () Clorexidina degermante () Clorexidina alcoólica
 () PVPI degermante () PVPI tópico
 () outro _____
 Tipo de anestesia: _____

**CONTAGEM E CONFERÊNCIA DE COMPRESSAS UTILIZADAS EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE CAVIDADE**

↳ Registrar a quantidade de compressas por unidades:
 Pequenas: quantidade ()
 Grande: quantidade ()
 Contagem final das compressas confere? () SIM () NÃO. Justificar: _____
 Informações adicionais (inclusive a passagem de plantão): _____
 Assinatura do(a) circulante: _____ COREN: _____

SERVIÇOS REQUISITADOS EM SALA OPERATÓRIA Usar legenda: P (presente), A (ausente), NP (não se aplica)

Peça cirúrgica: () Quantidade: _____
 Citologia de líquidos (ascítico/pleural/urina/escarro/lavado): () Especificar: _____
 Anatomopatológico: () Congelamento: () Rx da peça: ()
 Observações: _____

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS NA SALA OPERATÓRIA

AEN.Form.003

Antiemético: _____ Hora: _____

Antibiótico: _____	Hora: _____
Anti-inflamatório: _____	Hora: _____
Medicamentos para dor: _____	Hora: _____
Outros: _____	

MATERIAIS UTILIZADOS NA SALA CIRÚRGICA Usar legenda: P (presente), A (ausente), NP (não se aplica)

Catéter nasogástrico: () N° _____	Catéter vesical(folley): () Vias: _____ N° _____
Catéter duplo J: ()	Catéter nasoenteral: () N° _____
Catéter venoso central: single() duplo()	
Drenos: Portovac: () Local: _____	Penrose: () Local: _____
Tórax: () Direito () Esquerdo()	
Outros: _____	
Hemostáticos: () Especificar: Gelfoan () Surgicel () Outros: _____	
Frasco de aspiração: () Volume drenado: _____ ml	
Sistema gástrico: () Volume drenado: _____ ml	
Sutura mecânica: Grampeador cirúrgico () Carga para grampeador () Trocater()	
Outros() _____	
Prótese mamária: ()	Gastrostomia: ()

GERENCIAMENTO DE RISCOS Usar legenda: P (presente) A (ausente) NP(não se aplica)

Queimadura por placa de bisturi ()	Eventos adversos por hemotransfusões()	Luxação ()
Queimadura por solução()	Queimadura por colchão térmico ()	Hematoma()
Eventos adversos por medicamentos ()	Lesões de pele ()	especificar: _____

SAÍDA DO PACIENTE DA SALA OPERATÓRIA

Destino: _____	Horário: _____
Intubado:() Extubado() Traqueostomizado()	
Curativo() especificar região: _____	
Circulante: _____	COREN: _____

ETIQUETAS DE RASTREABILIDADE DE MATERIAL

ANEXO C - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA- CHEK-LIST

		Procedimento: Cirurgião: Data:
Antes	Durante	Depois
<p>Preencha com a legenda de P presente ou A ausente NP não se aplica</p> <p>FOI REALIZADO? (Gestão de Acesso)</p> <p>() Agendamento cirúrgico () Aviso de cirurgia corretamente preenchido</p> <p>FOI REALIZADO? (Posto de Internação)</p> <p>() Identificação do Paciente () Orientação e preparo do paciente () Avaliação pré-anestésica () Demarcação do local de cirurgia () Direita () Esquerda () N.A. () Identificação de alergia () Reserva de sangue confirmado (Possibilidade de perda sanguínea) Realizado tricotomia quando indicado? () SIM () NÃO () N.A. () Consentimento esclarecido e informado</p> <p>FOI IDENTIFICADO? (Posto de Internação/Centro Cirúrgico)</p> <p>() Paciente tem dificuldade vias aéreas?</p> <p>Total: /12 =</p>	<p>FOI CHECADO? (Centro Cirúrgico)</p> <p>() Identificação do Paciente () Estruturação de recursos (incluindo kit de intubação difícil) () Sinais Vitais do paciente chegada no Centro Cirúrgico () Risco de sangramento (reserva confirmada?) () OPME solicitado se encontra na sala cirúrgica</p> <p>FOI REALIZADO? (Centro Cirúrgico)</p> <p>() Sinais vitais no intra-operatório () Posicionamento cirúrgico adequado () Descrição da cirurgia Controle Glicêmico nas altas complexidades (Grande Porte) () SIM () NÃO () N.A.</p> <p>Fluxo das peças de anatomia Congelamento: () 01 () 02 () Não houve () _____ Biópsia : () 01 () 02 () 03 () Não houve () _____ Biobanco: () Sim () Não</p> <p>Uso de antibiótico adequado: () Terapêutico () Profilático () N.A. ATB.: _____ () 60 minutos antes da incisão () Repique quando necessário</p> <p>Total: /14 =</p>	<p>Enfermeira confirma verbalmente com a equipe: (Centro Cirúrgico)</p> <p>() Nome do procedimento realizado, foi o proposto</p> <p>FOI CONFERIDO? (Centro Cirúrgico)</p> <p>() Contagem correta instrumentais: () Contagem correta gazes e compressas: () Transposicionamento da mesa / maca/ cama () Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo o procedimento executado.</p> <p>FOI VERIFICADO? (Sala de recuperação/UTI)</p> <p>() Identificação do Paciente () Horário de chegada na SRPA () Registro da Admissão () Monitorização dos sinais e sintomas () Monitoramento da dor () Escala de Aldrete () Alta da SRPA realizada pelo plantonista () Registro da condição de alta da SRPA</p> <p>FOI VERIFICADO? (Posto de Internação)</p> <p>() Registro da condição de chegada na unidade () Planejamento multidisciplinar pós operatória () Manejo da dor</p> <p>Total: /15 =</p>

 HOSPITAL DE JUAZEIRO DO NORTE		Total=
--	--	--------

CR.Fom.002

CHECK LIST – CIRURGIA SEGURA