

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Eliane Raimunda de Oliveira Tostes

**Gerenciamento de Riscos:
atuação interprofissional em centro cirúrgico**

**Juiz de Fora
2016**

Eliane Raimunda de Oliveira Tostes

**Gerenciamento de Riscos:
atuação interprofissional em centro cirúrgico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e comunicação no cuidado em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Maria Dias

Juiz de Fora

2016

Eliane Raimunda de Oliveira Tostes

**Gerenciamento de Riscos:
atuação interprofissional em centro cirúrgico**

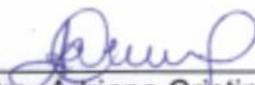
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG, área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem, como requisito a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.
Linha de Pesquisa: Tecnologia e comunicação no cuidado em saúde e enfermagem

Data de aprovação: 09 / 12 / 2016

BANCA EXAMINADORA:



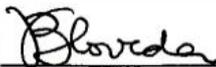
Profa. Dra. Sonia Maria Dias – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Adriana Cristina de Oliveira - Titular
Universidade de Federal de Minas Gerais



Profa. Dra Beatriz Francisco Farah – Titular
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Vanessa de Brito Poveda - Suplente
Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Nadia Fontoura Sanhudo - Suplente
Universidade Federal de Juiz de Fora

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Tostes, Eliane Raimunda de Oliveira.

Gerenciamento de Riscos : atuação interprofissional em centro cirúrgico / Eliane Raimunda de Oliveira Tostes. -- 2016.

120 f. : il.

Orientadora: Sonia Maria Dias

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Risco. 3. Lista de Verificação. 4. Assistência ao Paciente. 5. Salas Cirúrgicas. I. Dias, Sonia Maria, orient. II. Título.

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus, que iluminou o meu percurso durante esta caminhada.

A minha mãe e, *in memoriam*, ao meu pai, que, desde os meus primeiros passos, estimularam meu desenvolvimento intelectual. Amo vocês

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me guiar.

À minha mãe, Selma, e ao meu pai (*in memoriam*), José Francisco, exemplos de bondade, caráter, dignidade e ética, pelo constante estímulo e apoio.

Ao meu namorado, Marcelo, pelo amor e parceria e paciência em todos os momentos de nossas vidas.

Aos meus irmãos, Aislan e Joelma, pela amizade, torcida e apoio durante este período de dedicação ao mestrado.

Ao meu afilhado João Victor e meu sobrinho Frederico pelo carinho durante este período de dedicação ao mestrado.

À orientadora, Profa. Dra. Sonia Maria Dias, pelo acolhimento durante o processo seletivo e pelas contribuições, disponibilidade durante a elaboração da tese e por apoiar as minhas sugestões e por compreender as minhas dificuldades cotidianas.

Aos professores do mestrado, especialmente à professora Dra. Cristina Arreguy pelo ensinamento, consideração, apoio, contribuições essenciais e correções durante a trajetória do mestrado que serviram como grande aprendizado.

À coordenadora do mestrado, Profa. Dra. Anna Salimena, e à secretária, Elizângela, pelo carinho, presteza e disponibilidade.

Aos colegas de turma por terem compartilhado comigo aprendizado, angústias e conquistas.

Às Doutoradas Vanessa Poveda, Adriana Oliveira, Nadia Fontoura e Beatriz Farah pela disponibilidade e importantes contribuições, que me auxiliaram a reconduzir a fundamentação teórica.

À Direção e à RT de enfermagem do Hospital Regional João Penido – Fhemig – pelo apoio ao desenvolvimento deste estudo.

À equipe multiprofissional do Centro Cirúrgico do Hospital Regional João Penido, que participou da pesquisa com tanta consideração e disponibilidade.

À amiga e coordenadora do Centro Cirúrgico, Tereza Cristina Bernardo Fernandes, pela ajuda e apoio na flexibilidade no horário na instituição durante o período do mestrado.

À colega Enfermeira Roberta Prado por todo incentivo, ensinamento e apoio para a realização do mestrado.

RESUMO

Este estudo tem por objeto de investigação a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura por profissionais que atuam em centro cirúrgico. Objetivo geral Analisar a atuação da equipe interprofissional de cirurgia na aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura de um centro cirúrgico. Os objetivos específicos foram: descrever a completude dos profissionais da equipe interprofissional da equipe interprofissional à aplicação do protocolo de cirurgia segura; conhecer as ações dos profissionais quanto ao gerenciamento de evento adverso no centro cirúrgico, tendo por base o protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde, e analisar a importância da aplicação do *checklist* de cirurgia segura sob a óptica dos profissionais. Para a fundamentação teórica, utilizaram-se estudos sobre gestão de riscos, segurança do paciente, *checklist* de cirurgia segura e histórico e definição do centro cirúrgico. A metodologia é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. O cenário foi um hospital geral público situado em uma cidade da Zona da Mata mineira. A pesquisa foi realizada em dois momentos: o primeiro foi uma busca nos prontuários de pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no período de outubro de 2013 a dezembro de 2015 para levantamento da adesão do preenchimento do protocolo de cirurgia segura e o segundo foi realizado através de um questionário semiestruturado, no período de março a maio de 2016, com 40 profissionais que exercem suas atividades laborais no centro cirúrgico. Os dados encontrados foram elencados em quatro categorias temáticas: adesão dos profissionais que compõem a equipe de cirurgia à aplicação do protocolo de cirurgia segura foi possível estratificar o número de cirurgias realizadas trimestralmente, onde foram realizados 6.647 procedimentos cirúrgicos no período analisado e 5.912 impressos de protocolos de cirurgia segura foram preenchidos corretamente, o que equivale à média, nesse período analisado, de 90,2% de preenchimento correto do protocolo de cirurgia segura durante cada procedimento cirúrgico, entendimento do profissional sobre o evento adverso no centro cirúrgico percebe-se que havia o conhecimento sobre o termo evento adverso, porque os posicionamentos estavam em comum acordo com os princípios e diretrizes definidos pela organização mundial de saúde, porém em algumas respostas de alguns profissionais da categoria de medicina e técnico de enfermagem, escreveram mais exemplificando o conceito de

evento adverso do que propriamente conceituou este termo. Risco, fato indesejável, prejuízo, falhas ou erro, impactos e danos para o paciente foram termos mencionados pelos participantes, mostrando esse conhecimento parcial acerca do conceito de evento adverso, ações tomadas para o gerenciamento de evento adverso no entendimento dos participantes, percebe-se que as ações tomadas em relação ao gerenciamento do evento adverso nesse cenário seriam como barreiras preventivas por meio da aplicação do *checklist* de cirurgia segura que inclui a diminuição da morbimortalidade de pacientes cirúrgicos. Além disso, dá às equipes cirúrgicas e aos administradores hospitalares orientações sobre a função de cada um e qual é o padrão de uma cirurgia segura, bem como oferece um instrumento de avaliação uniforme do serviço de vigilância. e a percepção dos profissionais quanto à aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura, onde nesta última categoria foi avaliado cada etapa do protocolo de cirurgia segura quanto ao grau de importância instituído no questionário foi de extremamente importante a sem importância e também nessa categoria foi apresentado algumas dificuldades elencadas pelos participantes, obtiveram-se respostas de: falta de participação da equipe, lista de verificação muito longa, falta de tempo para o preenchimento dos dados a serem checados, falta de treinamento para implementação do *checklist*. Observou-se que as dificuldades apontadas circulavam entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Também se verificou que, entre os profissionais citados, as respostas indicavam não terem dificuldades, no entanto houve respondente (técnico de enfermagem) que mencionou o termo “preguiça” no preenchimento relacionado à parte da medicina. Considerou-se que é necessário investir em educação permanente, sobretudo para sanar as dificuldades no preenchimento do *checklist*.

Palavras-chave: Enfermagem. Risco. Lista de Verificação. Assistência ao Paciente. Salas Cirúrgicas. Relação Interprofissional.

ABSTRACT

This study aims to investigate the applicability of the safe surgery protocol by professionals working in the operating theater. General objective To analyze the performance of the interprofessional team of surgery in the applicability of the protocol of safe surgery of a surgical Center. The stated objectives were: describing the a completeness of professionals of the surgical staff to implement the safe surgery protocol; having knowledge of the actions of the professionals regarding the management of adverse events in the operation theater based on the safe surgery protocol of the World Health Organization, and analyzing the importance of the implementation of the surgical safety checklist from the professionals' perspective. For a theoretical foundation, it has been used studies on risk management, patient safety, surgical safety and record checklist and the definition of operating theater. The methodology has a descriptive nature with a qualitative approach. The scenario was a general public hospital situated in a town in Zona da Mata mineira. The research was conducted in two stages: the first was a search for the medical records of patients who underwent surgical procedures from October 2013 to December 2015 for the analysis of the safe surgery filling-in protocol and the second was performed through a semi structured questionnaire, from March to May 2016, with 40 professionals who exercise their labor activities in the operating theater. The data we have found were listed in four thematic categories: if the professionals who belong to the surgical staff implemented the safe surgery protocol it was possible to stratify the number of surgeries performed quarterly, where 6,647 surgical procedures were performed in the analyzed period and 5,912 printed safe surgical protocols were filled in correctly, which is equivalent to the average of 90.2% correct filling of the Protocol during each surgical procedure, if they understand the adverse event in the OT, it was perceived that there was knowledge about the term adverse event, because the positions were in agreement with the principles and guidelines defined by the world health organization, but in some answers of some professionals of the category of medicine and nursing technician, they wrote more Exemplifying the concept of adverse event of what properly denominated this term. Risk, undesirable fact, injury, failures or error, impacts and damages to the patient were terms mentioned by the participants, showing this partial knowledge about the concept of adverse event, if

they take actions to manage adverse event It is perceived that the actions taken in relation to the management of the adverse event in this scenario would be as preventive barriers through the application of the safe surgery checklist that includes the reduction of the morbimortality of surgical patients. In addition, it gives surgical teams and hospital administrators guidance on the role of each and what is the standard of safe surgery, as well as provides a uniform assessment tool for the surveillance service, and if they had the perception of the applicability of the surgical safety checklist Where in the last category was evaluated each step of the protocol of safe surgery as to the degree of importance instituted in the questionnaire was extremely important the unimportant and also in this category was presented some difficulties listed by the participants, were obtained answers of: lack of participation of the Team, very long checklist, lack of time to fill in the data to be checked, lack of training to implement the checklist. It was observed that the mentioned difficulties circulated among nurses, doctors and nursing technicians. It was also verified that, among the professionals cited, the answers indicated that they did not have difficulties, however there was a respondent (nursing technician) who mentioned the term "laziness" in the filling related to the medicine part. It is considered that it is necessary to invest in permanent education, especially to deal with the difficulties when filling the checklist.

Keywords: Nursing. Risk. Checklist. Patient care. Operating Rooms. Interprofessional Relationship.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Queijo Suíço para acidentes organizacionais de James Reason.....	25
Figura 2 – Checklist da campanha “ <i>Cirurgia segura salva vidas</i> ”.....	44
Figura 3 – Modelo da Matriz de Risco do Centro Cirúrgico do cenário deste estudo	83
Figura 4 – Fluxo de notificação e tratamento do evento adverso	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos Profissionais Participantes da Unidade do Centro Cirúrgico de um Hospital da Zona da Mata Mineira, Juiz de Fora – MG, 2016 (n= 40).....	66
Tabela 2 – Distribuição de cirurgias realizadas trimestralmente por número de adesão ao preenchimento do <i>checklist</i> pelos membros da equipe interprofissional no período de outubro/2013 a dezembro/2015, Juiz de Fora – MG, 2016	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	American Society of Anesthesiologists
CC	Centro Cirúrgico
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Evento Adverso
Fhemig	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IAC	Instituição Acreditadora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	Índice de Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
NHS	National Health Service
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	21
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1	PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCO NO CENTRO CIRÚRGICO	22
3.1.1	Objetivo 1 - A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo	28
3.1.2	Objetivo 2 - A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor	30
3.1.3	Objetivo 3 - A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida	32
3.1.4	Objetivo 4 - A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas	33
3.1.5	Objetivo 5 - A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente	34
3.1.6	Objetivo 6 - A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico	36
3.1.7	Objetivo 7 - A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas	37
3.1.8	Objetivo 8 - A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos	38
3.1.9	Objetivo 9 - A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação	39
3.1.10	Objetivo 10 - Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos	40
3.2	DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DO CENTRO CIRÚRGICO	41

3.3	POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO	43
3.3.1	A segurança relacionada ao período pré-indução anestésica	45
3.3.2	A segurança relacionada ao período pré-incisional.....	48
3.3.3	A segurança relacionada ao final do procedimento cirúrgico	50
3.4	PROCESSO DE QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE	51
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
4.1	CENÁRIO	57
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	60
4.3	PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	61
4.4	TRATAMENTO DOS DADOS	62
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	66
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	66
5.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS ELENCADAS	71
5.2.1	Categoria 1: adesão dos profissionais que compõem a equipe interprofissional à aplicação do protocolo de cirurgia segura.....	71
5.2.2	Categoria 2: entendimento do profissional sobre o conceito de evento adverso no centro cirúrgico.....	74
5.2.3	Categoria 3: ações tomadas para o gerenciamento de evento adverso	78
5.2.3.1	Subcategoria 1: Conhecimento dos participantes deste estudo sobre Gerenciamento de Riscos	79
5.2.3.2	Subcategoria 2: barreiras corretivas na ocorrência de evento adverso	84
5.2.4	Categoria 4: percepção dos profissionais quanto à aplicabilidade do checklist de cirurgia segura.....	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICES.....	105
	ANEXOS	114

1 INTRODUÇÃO

O objeto de investigação deste estudo é a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura por profissionais que compõem a equipe de saúde do centro cirúrgico. A inquietude em relação ao tema surgiu com o entendimento da magnitude da aplicação de forma correta e fidedigna do protocolo de cirurgia segura, pelo fato de se acreditar que a não aplicação do *checklist* pode acarretar a ocorrência de um evento adverso (EA) capaz de colocar em risco a segurança do paciente, com possibilidade de incorrer em danos leves a graves, podendo levá-lo ao óbito.

O cenário deste estudo foi o Centro Cirúrgico por ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica (POSSARI, 2006).

A Segurança é uma das dimensões da Qualidade dos serviços de saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis. Na realidade, a segurança foi a última dimensão a ser incluída de forma explícita no conceito de qualidade, passando de uma dimensão de certa forma inadvertida para o boom do século XXI. Segundo a proposta mais recente da OMS, significa “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde. Assim, os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente (segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços. Porém é possível estabelecer atividades de melhoria da qualidade sem repercussão alguma na segurança (HINRICHSEN, 2012).

A preocupação com a segurança do paciente cirúrgico é um tema de relevância crescente em todo o mundo. Dados da literatura indicam que um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro, que, na maioria das circunstâncias, é passível de medidas de barreiras para prevenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

E o gerenciamento de riscos uma ação que está sendo implementada nos serviços de saúde objetivando a segurança para os usuários e profissionais no uso desse serviço, sendo um elemento central no planejamento estratégico de qualquer tipo de instituição hospitalar. É o processo pelo qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às atividades, com o objetivo de identificá-los,

estimá-los e controlá-los com medidas para evitar, diminuir, assumir e/ ou transferir os riscos decorrentes de procedimentos anestésicos-cirúrgicos (HINRICHSEN, 2012).

A gestão de riscos no processo assistencial deve ocorrer de forma de uma avaliação sistêmica, para que se possa detectar mais precocemente situações que possam gerar agravos aos pacientes, à equipe, à organização e ao meio ambiente. A palavra-chave da gestão de risco é o planejamento da assistência (HINRICHSEN, 2012).

A segurança do cliente tem como definição a redução e/ ou atenuação de atos considerados inseguros, atrelados ao sistema de assistência à saúde, bem como o emprego das melhores práticas, no intuito de obter os resultados esperados (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Para compreender melhor este estudo, é importante que se conheçam alguns conceitos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo dano compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico. Já incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente, sendo que pode ser uma circunstância relatada, um quase erro (*near miss*), um incidente sem dano ao paciente ou um incidente com dano ao paciente, conhecido como EA. E o risco é entendido como probabilidade de um incidente ocorrer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Os eventos adversos podem ser definidos como qualquer incidente associado ao uso de medicamentos, equipamentos, dietas ou à realização de procedimentos. É classificado como fatal quando resulta em morte, ameaça a vida, resulta em incapacidade permanente ou significativa, requer ou prolonga a hospitalização, causa anomalia congênita ou necessita de intervenção para prevenir incapacidade ou dano permanente (HINRICHSEN, 2012).

Os eventos adversos sérios relacionados à cirurgia foram agrupados em cinco categorias: cirurgia realizada em local errado, cirurgia realizada em paciente errado, procedimento cirúrgico errado, retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e morte no intraoperatório ou pós-operatório

imediatamente em pacientes classificados no estado físico de acordo com a escala da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) como ASA I (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

Ressalta-se ainda que a segurança do cliente reflete direta e intimamente a qualidade da assistência prestada à população e esta, por sua vez, tem adquirido mais ciência de seus direitos, estabelecendo critérios que refletem suas escolhas e atitudes, diante dos serviços de saúde. Destacando a importância de as instituições hospitalares instituírem a implantação do processo de acreditação hospitalar com intuito de garantir a qualidade de assistência ao cliente cirúrgico.

A acreditação deve ser entendida, portanto, em duas dimensões. A primeira, como um processo educacional, que leva as instituições prestadoras de serviços de assistência em saúde e, especialmente, os profissionais de saúde a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência, fundamental para o processo. A segunda dimensão se refere ao processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços, analisando e atestando o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões predefinidos (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

A avaliação dos recursos de qualidade da assistência é um procedimento realizado através dos métodos estabelecidos pela Acreditação Hospitalar, de forma periódica, voluntária, racionalizada, ordenadora e, principalmente, de educação permanente dos profissionais, com o intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. A qualidade no campo da saúde deve ser entendida como a obtenção dos maiores benefícios, com menores riscos e custos para os usuários (DONABEDIAN, 2003).

Em 25 de junho de 2008, a OMS lançou oficialmente em Washington a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, como um dos desafios propostos pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente. A *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN), em apoio à campanha, afirma que o programa embasado no sistema de *checklist* corrobora para a conscientização global, bem como reforça a mensagem de que, se implantado em base sólida, contribuirá para a realização de cirurgias seguras (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

O esforço em proporcionar a melhor assistência possível, intrínseca aos profissionais da saúde, já não é considerado por si só um comportamento que evita a ocorrência de falhas e acidentes relacionados à assistência prestada aos

pacientes. Dessa forma, exige-se o comprometimento da equipe de saúde e gestores institucionais num processo que sistematiza o cuidado seguro no centro cirúrgico (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

O *checklist*, “Cirurgias seguras salvam vidas”, desenvolvido pela OMS, foi criado com o intuito de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao paciente. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente contou com vários colaboradores de todas as regiões do mundo, das diversas especialidades cirúrgicas, profissionais da área da saúde e correlatas, clientes e grupos de segurança do cliente. Juntos, identificaram os itens de segurança a serem verificados, de forma que pudessem ser colocados em prática em qualquer sala de operação, resultando, dessa forma, no sistema *checklist*, que visa reforçar a segurança operatória com práticas corretas e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Como prática internacional baseada em evidências, o *checklist* apresenta-se dividido em três momentos: o “*Sign in*”; o “*Time out*” e o “*Sign out*”, devendo ser coordenado por um elemento da equipe cirúrgica, a qual compreende cirurgiões, anestesiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais envolvidos. Essa equipe deve trabalhar interprofissional, uma vez que todos profissionais são responsáveis pelo cuidado seguro do cliente, cada qual no desempenho de sua função, garantindo o sucesso do procedimento cirúrgico.

A preocupação com a segurança do paciente em centro cirúrgico (CC) tem sido crescente, devido à elevada frequência de erros e eventos adversos, que muitas vezes poderiam ser prevenidos. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* propôs o Protocolo Universal para a prevenção do lado, procedimento e paciente errado. No Brasil, foram poucas as instituições que o implantaram, sendo necessária a divulgação e avaliação da sua efetividade. O protocolo inclui três etapas: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico (lateralidade) e *time out* (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

Etapas do Protocolo Universal da JCAHO (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008):

- (1) Verificação pré-operatória: visa assegurar que todos os documentos e informações relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes

do início do procedimento, corretamente identificados e etiquetados, concordantes com o registro de identificação do paciente e consistentes entre si, com as expectativas do paciente e com a compreensão da equipe sobre o paciente, o procedimento, o local da cirurgia. A falta de informações ou as discrepâncias devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

- (2) Marcação do sítio operatório (lateralidade): visa identificar, sem ambiguidade, o local do procedimento cirúrgico. Para os procedimentos envolvendo a distinção entre estruturas bilaterais (direita e a esquerda), estruturas múltiplas (como os dedos das mãos e dos pés) ou níveis múltiplos (como nos procedimentos de coluna), o sítio deve ser marcado de modo que a marca seja visível após o paciente ter sido preparado (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).
- (3) Pausa-time out: esta etapa é fundamental, sendo realizada em sala cirúrgica antes do início do procedimento. Tem por objetivo avaliar e assegurar que o paciente, o local cirúrgico, o procedimento e o posicionamento estão corretos, e que todos os documentos, equipamentos e informações estão disponíveis. Nesta etapa, todo o processo de conferência é realizado verbalmente, em voz alta e com a participação da totalidade dos membros da equipe cirúrgica, sendo requerida a interrupção de toda e qualquer atividade em sala. A leitura dos itens é realizada de forma integral e exatamente como escrito no formulário (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

O processo de verificação deve ser interdisciplinar, contando com a participação de todos os profissionais da equipe, sendo exigida a comunicação ativa entre todos (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

O protocolo deve ser iniciado por um membro designado na equipe e conduzido de modo seguro, para evitar falhas. Para isso, o procedimento cirúrgico

não é iniciado até que todas as questões ou preocupações estejam resolvidas. Este papel é geralmente desempenhado por um profissional da equipe cirúrgica, e cada serviço de saúde faz esta designação. Muitos dos serviços de saúde designam um profissional da enfermagem, um enfermeiro, e este pode, ocasionalmente, sentir-se pouco à vontade ao insistir com que a pausa seja realizada logo antes do início do procedimento. Entretanto, os enfermeiros devem ser leais e comprometidos com a segurança do paciente em suas interações com a equipe cirúrgica, a fim de garantir que ocorra a verificação final (*Time Out*) (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008).

Reconhece-se que a qualidade da assistência da equipe interprofissional contribui, de forma direta, para uma boa evolução do quadro de saúde dos pacientes e sua satisfação diante dos cuidados recebidos e que essa qualidade está intimamente relacionada com a segurança da assistência cirúrgica prestada pela equipe interprofissional. Pretende-se com o presente estudo responder às seguintes indagações: *O que você entende por evento adverso? Como profissional do CC, você gerencia os riscos no setor? Quais as barreiras para prevenção dos riscos?*

Entende-se que esta pesquisa contribuiu para o campo de atuação em centro cirúrgico, uma vez que coloca a atuação da equipe de enfermagem, junto à equipe médica, como imprescindível para garantir a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes cirúrgicos, as quais são tidas como prioridades na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde.

A atuação da equipe interprofissional no Centro Cirúrgico é fundamental, pois os profissionais prestam cuidados específicos, de forma individualizada e, em alguns casos de alta complexidade, aos pacientes com indicação de procedimento anestésico-cirúrgico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação da equipe interprofissional de cirurgia na aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura de um centro cirúrgico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever a completude dos profissionais da equipe interprofissional à aplicação do protocolo de cirurgia segura.
- Conhecer as ações dos profissionais quanto ao gerenciamento de evento adverso no centro cirúrgico, tendo por base o protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde.
- Analisar a importância da aplicação do *checklist* de cirurgia segura sob a ótica dos profissionais.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tendo em vista a magnitude da segurança do paciente cirúrgico e diante de tantos resultados negativos da assistência em saúde, esta representa um dos maiores desafios para os serviços de saúde e tem mobilizado o mundo na busca por estratégias que assegurem uma assistência em saúde de qualidade e segura.

A segurança do paciente é considerada hoje uma disciplina essencial na formação dos profissionais de saúde, com potencial para revolucionar a maneira como as instituições prestam serviços aos seus usuários. Por meio de métodos científicos e conhecimentos específicos da área de segurança, objetiva-se alcançar um sistema de serviços e cuidados de saúde que sejam dignos de confiança. A segurança do paciente também pode ser considerada um atributo do sistema de cuidados em saúde, que minimiza a incidência e os impactos de eventos adversos e maximiza a recuperação diante de sua ocorrência.

Face à relevância de se adotar na instituição a cultura de segurança do paciente, este capítulo abordará a ferramenta de gerenciamento de riscos, conceitos e breve histórico de centro cirúrgico, política Nacional de Segurança do Paciente, o processo de qualidade e acreditação hospitalar, que são ferramentas que contribuem para uma assistência segura e de qualidade.

3.1 PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCO NO CENTRO CIRÚRGICO

O Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

O gerenciamento de risco está estruturado basicamente nas atividades de identificação dos perigos existentes e de causas, cálculo dos riscos que esses perigos representam, elaboração e aplicação de medidas de redução desses riscos quando necessário, com a posterior verificação da eficiência das medidas adotadas (FONSECA, 2014).

Na instituição onde foi realizada esta pesquisa, há uma comissão de gerenciamento de risco, que foi criada em 2014 e conta com um sistema de notificação dos eventos adversos. As notificações são analisadas por esta comissão, e, para cada evento ocorrido, são elaboradas medidas corretivas e preventivas.

A segurança do paciente é definida como a redução de risco de dano desnecessário associada à atenção à saúde até o mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A OMS estabeleceu como meta prioritária para a segurança do paciente, de 2006 a 2009, a melhoria da segurança e a prevenção do erro humano e do efeito adverso (FERRAZ, 2009).

O conceito de segurança surgiu com o homem primitivo, lutando pela sua sobrevivência contra predadores em um ambiente inóspito e agressivo. Com a evolução natural e o desenvolvimento tecnológico, surgiram parâmetros de sobrevivência e segurança em praticamente todas as atividades humanas (LEVINSON, 2012). A concepção e o desenvolvimento que ocorreram através dos séculos fizeram surgir invenções de alto nível de complexidade em todas as atividades humanas e, principalmente, na preservação da saúde (FERRAZ, 2009).

A preocupação com a segurança se tornou imprescindível. O surgimento das inovações aguçou a preocupação com os resultados e a segurança. A partir de 2007, foi observada expressiva preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) com a segurança na cirurgia, certamente um procedimento de alto risco para o paciente em serviços de saúde. Associado ao risco, existe também o problema da ocorrência de eventos adversos e do erro humano no manuseio do paciente cirúrgico. A qualidade na assistência à saúde é uma conquista do século XX e ainda inerente aos procedimentos de alta complexidade como os anestésico-cirúrgicos. A busca da qualidade tem seus indicadores para avaliação e mensuração que permitam quantificar a qualidade da assistência prestada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O levantamento da situação pela OMS revelou números alarmantes. A resolução para reduzir esses indicadores reside na sistematização de medidas eficazes e no desenvolvimento de mecanismos de coleta, análise, aplicação de informações existentes, aprimoramento e o aprendizado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Os eventos adversos e o erro humano de elevados índices relacionados ao procedimento cirúrgico podem diminuir com a criação de mecanismos que evitem

o aparecimento de ambos. Sabe-se que um próximo erro irá repetir erros previamente ocorridos, o que significa dizer que o desenvolvimento de protocolos também pode contribuir para a redução dessa ocorrência que, até agora, tem sido crescente (FONSECA, 2014).

A OMS define *erro* como a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano; pode manifestar-se por prática da ação errada ou por não praticar a ação certa. Já um *incidente* é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente; pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que resulte em danos ao paciente (evento adverso) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

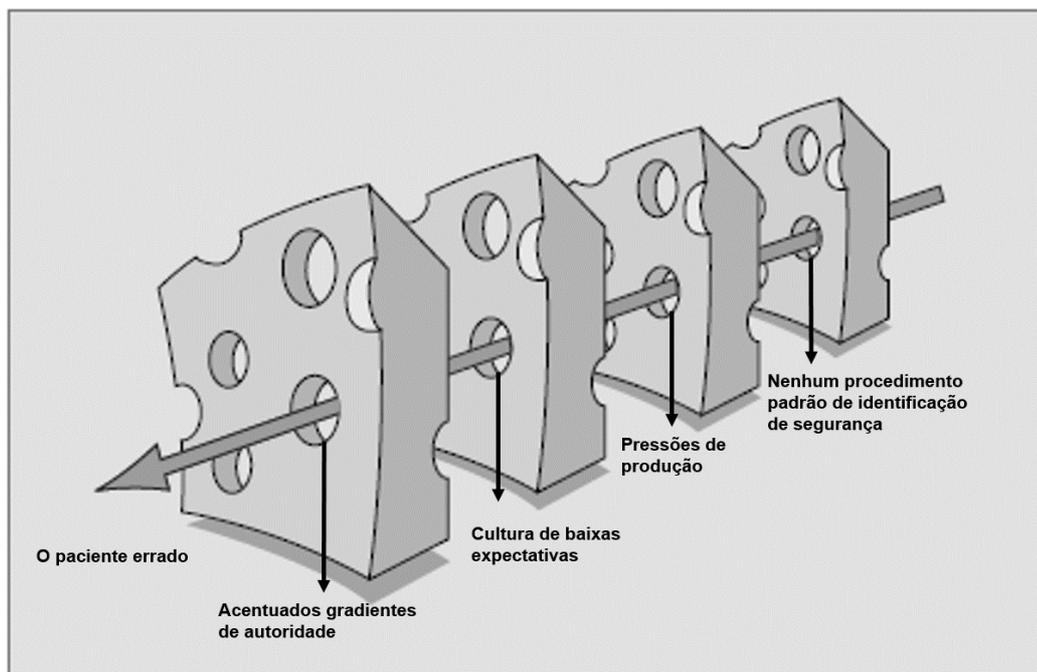
Os incidentes advindos do cuidado têm sido alvos de discussão mundial, refletindo na melhoria da qualidade e segurança da assistência. A Organização Mundial de Saúde define incidente como evento ou circunstância evitável, decorrente do cuidado, não associado à doença de base. Conforme suas consequências, os incidentes são classificados como incidente sem dano, que, apesar de atingir o paciente, não resulta em dano, mas constitui-se em risco para tal ou evento adverso que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente (PARANAGUÁ *et al.*, 2013).

Entende – se que a abordagem tradicional dos erros associados aos cuidados em saúde tem sido culpar o profissional que oferece atendimento direto ao paciente, atuando no que, às vezes, é chamado de “ponta” do cuidado: o médico que realiza a cirurgia de transplante ou o diagnóstico de angina no paciente, a enfermeira que pendura a bolsa de medicação intravenosa ou o farmacêutico que prepara a quimioterapia. Durante a última década, reconheceu-se que essa abordagem ignora o fato de que a maioria dos erros é cometida por indivíduos bem treinados, trabalhadores, e que tais erros provavelmente não são prevenidos, advertindo as pessoas a terem mais cuidado, ou envergonhando-as, ou demitindo-as, ou processando-as (WACHTER, 2013).

O modelo do queijo suíço para acidentes organizacionais (Figura 1), proposto pelo psicólogo britânico James Raso, tem sido amplamente adotado como um modelo intelectual para a segurança sistêmica. Esse modelo, elaborado a partir de inúmeras investigações sobre acidentes em áreas como a aviação comercial e energia nuclear, enfatiza que, em organizações complexas, um erro em uma única

ponta (a pessoa na cabine de controle na usina nuclear, ou o cirurgião que faz a incisão) raramente é suficiente para causar danos. É preciso que esse erro penetre várias camadas incompletas de proteção (“*camadas do queijo suíço*”) para causar um resultado devastador. O modelo de Reason destaca a necessidade de se concentrar menos no objetivo de diminuir os buracos no queijo suíço (por vezes referidos como erros latentes) e menos em criar várias camadas de proteção para diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem e deixem um erro passar (WACHTER, 2013).

Figura 1 – Modelo Queijo Suíço para acidentes organizacionais de James Reason



Fonte: Adaptado de Wachter (2013)

Podem-se ressaltar as inúmeras cirurgias que são realizadas diariamente, em que é explicitada a segurança do paciente no preparo perioperatório. O ambiente hospitalar apresenta diversos riscos à saúde dos pacientes, os quais podem gerar um agravamento no processo de recuperação, dessa forma o *checklist* surge como um dos instrumentos para contribuir com a segurança do paciente cirúrgico (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

O *checklist* foi estudado quanto a sua aplicabilidade entre outubro de 2007 e setembro de 2008 em oito hospitais de cidades diferentes (Toronto-Canadá; Nova Deli-Índia; Amã-Jordânia; Auckland-Nova Zelândia; Manila-Filipinas; Ifakara-Tanzânia; Londres-Inglaterra e Seattle-WA), representando uma variedade de

circunstâncias econômicas e diferentes populações. Prospectivamente, foram coletados dados sobre os processos clínicos antes e depois de o *checklist* ser implementado. Os resultados demonstraram melhorias significativas, com redução das taxas de mortes e de complicações para mais de um terço nos oito hospitais-piloto. Após a implantação do *checklist*, a taxa de complicações hospitalares caiu de 11% para 7%, e a de mortalidade, no pós-operatório de cirurgias de grande porte, de 1,5% para 0,8% (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Os eventos que comumente resultam em erros nas salas de cirurgia são passíveis de ser evitados. No entanto, a equipe operatória deve entendê-los como reais, levantando-os por meio de pesquisas locais, instituindo um *checklist* adequado à realidade de cada instituição (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011). Portanto, considera-se importante o papel do profissional na identificação dos fatores que podem afetar a segurança do paciente e a avaliação de medidas de prevenção à exposição aos riscos e danos decorrentes do atendimento.

Em 2008, a partir dos estudos realizados e dados levantados, a OMS publicou um manual com o título “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com orientações que objetivam mudanças nas ações para promoção da segurança do paciente cirúrgico. No Brasil, o manual foi publicado, em 2009, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Ministério da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas realiza várias ações, que, em conjunto, contribuem para a melhoria da segurança do paciente cirúrgico. Os objetivos a serem alcançados, com a implantação do Programa, são redução de infecções cirúrgicas e de complicações relacionadas aos procedimentos anestésicos, treinamento de equipes para trabalhar em prol da segurança do paciente e obtenção de indicadores de assistência segura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas integra o Programa e apresenta, de forma estruturada, as bases teóricas e as ações para o alcance dos objetivos de segurança. Este manual menciona a importância dos protocolos e do registro de não conformidades, discorre sobre dez objetivos essenciais para a segurança do paciente cirúrgico e subsidia a construção de uma lista de verificação para ser aplicada em todos os procedimentos cirúrgicos, independentemente de sua complexidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A lista de verificação é um instrumento fundamental para tarefas de complexidade e repetição reconhecida, como as condições necessárias para a entrada do paciente no centro cirúrgico, conferência de equipamentos e fármacos anestésicos. Outras tarefas são: reserva de hemocomponentes, identificação do paciente, confirmação pela equipe e pelo paciente do tipo e local correto da cirurgia, além do *feedback* ao final da cirurgia para constatação de possíveis falhas (FRAGATA, 2010).

Os dez objetivos essenciais para ser almeçados em qualquer caso cirúrgico e que devem estar embutidos na lista de verificação são:

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo;
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
6. A equipe usará de maneira sistemática métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condição segura da operação;
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009a, p. 25).

Considerando a importância dos objetivos da OMS para o presente estudo, a seguir apresentamos sua relevância para a segurança do paciente cirúrgico, dados epidemiológicos e ações preconizadas para sua operacionalização.

3.1.1 Objetivo 1 - A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo

As estimativas demonstram que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorrem em cerca de 1 em 50.000-100.000 procedimentos nos Estados Unidos, o que equivale a 1.500-2.500 incidentes por ano (KAAWAN, 2006). Numa análise de 126 casos nos quais ocorreram esses eventos adversos, constatou-se que 76% dos procedimentos cirúrgicos foram realizados em local errado, 13% no paciente errado e em 11% foi realizado o procedimento errado (JOINT COMISSION, 2001). A ocorrência de cirurgias em local errado é mais frequente em procedimentos que envolvem sítios anatômicos que possuem dupla lateralidade, segmentos corporais diversos ou órgãos duplos, tais como: pulmões, mamas, rins, membros superiores e inferiores, costelas e falanges, entre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Supõe-se que a cirurgia em local errado é particularmente comum em cirurgia ortopédica pela duplicidade de membros e estruturas corporais envolvidas pela especialidade. Neste sentido, desde a década de 1990 os cirurgiões, principalmente os ortopédicos, passaram a dedicar maior atenção ao risco de cirurgia em local errado. Uma das propostas para se resolver essa questão foi elaborada pela Associação Ortopédica Canadense, que recomendou a demarcação do local da incisão cirúrgica com um marcador permanente. Em 2003, uma comissão elaborou um Protocolo Universal, composto de três etapas, para a prevenção de erros relacionados ao local errado, paciente errado e procedimento errado, que foi adotado por várias organizações profissionais, inclusive pelo Colégio Americano de Cirurgiões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Tais etapas estão descritas a seguir:

- Etapa 1 - Verificação. Esta etapa consiste na verificação do paciente, do local e do procedimento correto. Deve ser realizada quando o procedimento é agendado, no momento da admissão ou entrada na sala cirúrgica, a qualquer momento em que a responsabilidade pelo atendimento do paciente seja repassada para outra pessoa e antes que

o paciente deixe a área pré-operatória ou entre na sala de procedimentos ou cirurgia. Essa etapa deve ser realizada, sempre que possível, com a participação do paciente, estando esse acordado e consciente. Essa verificação é feita pela identificação do paciente, por meio da pulseira de identificação e da confirmação da própria identidade pelo paciente; confirmação do local da cirurgia e da lateralidade no prontuário do paciente, e pela verificação de exames radiográficos. Neste processo todos os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente devem participar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

- Etapa 2 - Demarcação da lateralidade. Esta etapa estabelece que o local a ser operado deve estar demarcado, com marcador permanente e claramente visível. Esta demarcação deve ser realizada pelo cirurgião que realizará a cirurgia e, de preferência, enquanto o paciente estiver acordado e com a sua participação/confirmação. Essa etapa é particularmente importante em casos de cirurgias que envolvam lateralidade, órgãos duplos, membros superiores e inferiores, além de estruturas múltiplas. Todos os profissionais envolvidos devem estar engajados e, ao observar qualquer falha, comunicar imediatamente, independentemente de quem tenha constatado o problema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).
- Etapa 3 - Pausa cirúrgica. Esta etapa deve ocorrer antes da incisão cirúrgica e visa a confirmação do paciente, do procedimento e do local da operação. Neste momento também se confirma outros itens referentes a um procedimento seguro, como o posicionamento correto do paciente, disponibilidade de material especial necessário e de exames de imagens, termo de consentimento assinado pelo paciente, além de assegurar que, mediante a possibilidade de perdas sanguíneas, a reserva de hemocomponentes tenha sido realizada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.2 Objetivo 2 - A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor

A anestesiologia é considerada, na atualidade, a área mais segura da Medicina, porém, nem sempre foi assim. Na década de 1970 ocorria uma morte para cada 5.000 anestésias, o que culminou com um encontro desses especialistas, em 1984, nos Estados Unidos, para discutir a segurança em procedimentos anestésicos (FRAGATA, 2010).

Melhorias no treinamento da equipe, investimento em equipamentos e medicamentos e estabelecimento de protocolos, além de muito estudo na área, têm contribuído para a queda na taxa de morbimortalidade em pacientes cirúrgicos por eventos relacionados à anestesia. Padrões obrigatórios de monitorização, como oximetria de pulso e capnografia foram instituídos por serem de considerável importância. No entanto, alguns países em desenvolvimento ainda apresentam taxas preocupantes, com mortalidade prevenível associada à anestesiologia em 100 - 1.000 vezes a taxa relativa a países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

As causas mais frequentes para erros em anestesiologia são falta de conhecimento, não verificação dos equipamentos, falha técnica, fator humano, equipamento, desatenção, pressão, inexperiência, falta de comunicação, pré-operatório inadequado, e falta de monitorização. Uma prática pouco utilizada, mas de grande valia, é a comunicação do erro de forma voluntária, pois contribui para o aprimoramento das ações (FRAGATA, 2010).

A aspiração do suco gástrico é um evento passível de ocorrer e representa risco significativo para pacientes, mesmo em países desenvolvidos com cenários tecnologicamente avançados. Jejum, via aérea difícil ou dificuldade de intubação, cirurgia de emergência, obesidade, gravidez, cirurgia gástrica prévia e posição de Trendelenburg com abdome inflado são considerados fatores predisponentes a essa intercorrência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Contudo, as principais causas relacionadas à mortalidade associada à anestesia são problemas nas vias aéreas e administração de anestésicos na presença de hipovolemia, sendo grande parte dessas mortes relacionadas a

procedimentos obstétricos. Essas decorrem de técnica deficiente, falta de treinamento, supervisão e monitorização, agravadas pela falta de relatos e discussão sobre o assunto. A falta de profissional habilitado contribui desfavoravelmente para esses números; em alguns países, como Uganda, segundo dados de 2006, havia 13 médicos anesthesiologistas para 27 milhões de pessoas, o que leva a crer que a maioria dos procedimentos anestésicos não é realizada por profissionais habilitados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Para assegurar a assistência ao paciente submetido a cirurgias, recomenda-se o investimento em treinamentos dos profissionais, segurança nas instalações e equipamentos, manutenção desses com checagem diárias, uso de drogas adequadas, além da adequação dos serviços aos padrões internacionais de segurança do paciente. Ainda, recomenda-se o emprego de oximetria de pulso que, apesar de não haver evidências de seu impacto na redução de danos ao paciente, o seu uso, como prevenção de evento adverso, justifica o investimento visto que pode alertar os profissionais para desconexão do ventilador ou intubação esofágica, os quais são danos catastróficos. Nesse sentido, também a capnografia assegura a detecção de intubação esofágica e hipoventilação, facilitando a detecção de intubação endobronquial e a desconexão do circuito respiratório (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Considerando o princípio de prevenção do erro, é recomendada uma lista de verificações a serem realizadas antes de qualquer procedimento anestésico. Além do uso da lista, também deve ser observado o cuidado com as instalações relativas ao tamanho e iluminação adequados; a existência de rotinas de manutenção elétrica e hidráulica; adequação no armazenamento de medicamentos; fornecimento de materiais de uso exclusivo do paciente, como seringas, filtros, conjuntos de respiradores e drogas. Também se recomenda o emprego de práticas assépticas durante o procedimento, com especial atenção na anestesiologia espinhal e inserção de cateter venoso central; presença de anesthesiologista capacitado e equipamentos apropriados ao procedimento e monitoração em perfeito funcionamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Equipamentos auxiliares, como aquecedores para o paciente e para fluídos endovenosos, balão respiratório autoinflável, aparelho de ressuscitação e medicamentos também são necessários para segurança do procedimento, de modo atender às emergências como trauma, eclampsia, parada cardíaca e hipertermia

maligna (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Outros itens importantes para a segurança do paciente são: confirmação da identidade do paciente, boa avaliação e documentação da via aérea do paciente antes da indução anestésica, presença de dois acessos venosos calibrosos, ou de cateter venoso central quando há previsão de perda de sangue maior de 500 mL (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.3 Objetivo 3 - A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida

Considerado o evento isolado mais crítico durante a indução anestésica, a não obtenção de vias aéreas é definida pela ocorrência de três tentativas fracassadas de intubação orotraqueal ou pela falha em manter saturação de oxigênio igual ou maior que 90 SpO₂. Decorrente da indução anestésica ocorre a redução do tônus das vias aéreas superiores, fato que leva a colapso da via aérea e diminuição dos reflexos protetores e que expõem o paciente ao risco de aspiração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A anamnese e exame físico minuciosos permitem a detecção de problemas pré-existentes, como asma e apneia, dificuldades anteriores em anestesiologia e cirurgias, obesidade, anatomia do pescoço, características da mandíbula, como retrognatismo ou limitação em abrir a boca, verificação da arcada dentária e da presença de próteses e implantes. Alguns testes, como o teste de Mallampati (classificação via aérea superior) servem para a avaliação da razão subjetiva entre o volume da cavidade bucal e o volume da língua e tem por finalidade avaliar a visibilidade de estruturas anatômicas e classificar a dificuldade de intubação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Uma avaliação pré-anestésica e o reconhecimento nesta de via aérea difícil é de primordial importância visto que pode antecipar situações e proporcionar planejamento apropriado, sendo que falhas nessa etapa são consideradas como o fator mais importante nos fracassos relacionados à ventilação e oxigenação. As recomendações são variadas, entre elas: evitar a hipóxia, impedir o trauma, buscar a identificação de via aérea difícil no pré-operatório, ter disponibilidade de

equipamentos e de assistência qualificada e com habilidade, conhecer o maior número de técnicas, usar estratégias bem planejadas e ter planos de reserva, confirmar a intubação endotraqueal e preparar uma estratégia clara de extubação. Ou seja, os requisitos para o sucesso no manejo de uma via aérea difícil envolvem habilidade, assistência adequada, plano de ação claro e equipamento adequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Apesar de que falhas em manter as vias aéreas permeáveis sejam infrequentes, quando ocorrem são causas significativas de morbimortalidade. Alguns fatores, pré-existent ou não, podem levar a complicações pulmonares perioperatórias, como insuficiência respiratória, broncoespasmo e atelectasias, sendo necessária a avaliação minuciosa das condições clínicas do paciente e intervenções capazes de reduzir sua ocorrência e respectivos efeitos danosos. Outros fatores que comprometem o estado respiratório do paciente, e devem receber atenção, são o tabagismo, idade avançada, doença pulmonar crônica, cirurgia de emergência, anestesia geral e tempo de anestesia igual ou maior que 180 minutos, e especial atenção em casos de cirurgias torácicas ou de abdome superior (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Também são recomendações, para a prevenção das complicações perioperatórias relacionadas à via aérea difícil e intercorrências, o uso de medicações pré-operatórias de acordo com as necessidades individuais de cada paciente, como os pacientes portadores de asma. Ainda, a cessação do tabagismo, de preferência dois meses antes da cirurgia, anestesia loco regional, ventilação mecânica e suas modalidades, analgesia pós-operatória, e manobras pós-operatórias para aumento do volume pulmonar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.4 Objetivo 4 - A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas

A hemorragia em procedimentos cirúrgicos, apesar de não ser uma complicação comum, pode surgir de forma incidiosa e levar à morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Alguns procedimentos, como cesariana e cirurgia vascular de grande porte, reoperação e dissecação sabidamente difícil, envolvem grande perda sanguínea, sendo prioritária a prevenção desse agravo. Cirurgiões, anestesiólogos e equipe de enfermagem devem estar preparados para reconhecer e intervir prontamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

É recomendado verificar e registrar, previamente ao paciente entrar em sala cirúrgica, se há risco de perda de sangue maior que 500 mL em adultos ou 7 mL/Kg em crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O choque hipovolêmico decorrente de perda sanguínea acentuada pode ser categorizado de acordo com o volume perdido; indivíduos saudáveis podem apresentar perda de até 15% sem sinais e sintomas aparentes. No entanto, quando a perda sanguínea supera 30% do volume, o paciente começa apresentar taquicardia, hipotensão e ansiedade; conforme aumenta o percentual de perda, aumenta a intensidade dos sinais e sintomas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A hipovolemia, além de trazer consequências desastrosas para o paciente cirúrgico, é reconhecida como a principal colaboradora na morbimortalidade prevenível. Para evitar intercorrências deve ser instalado acesso venoso de grosso calibre, confirmar a disponibilidade de hemocomponentes e estar preparado, tanto em equipe quanto em equipamentos, para manobras de ressuscitação. Porém, a estratégia mais importante é o correto preparo pré-cirúrgico, com avaliação cirúrgica, pré-anestésica e de enfermagem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.5 Objetivo 5 - A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente

Medicamentos são substâncias utilizadas para aliviar e combater a dor, bem como curar doenças, no entanto, dados mostram que há um número elevado de erros, desde a não administração da droga até a administração equivocada, com consequências maiores e que podem levar à morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Eventos adversos incluem a reação adversa ao medicamento e o erro de medicação, sendo esse o mais frequente e pode ocorrer na prescrição, na distribuição ou na administração da droga; o erro humano contribui substancialmente para que o fato ocorra (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

As reações adversas a drogas podem se manifestar por alergias, efeitos colaterais, efeitos originados de super ou sub dosagem, danos atribuídos à omissão de drogas importantes ou uso oportuno de antimicrobianos para prevenção de infecção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Estudos realizados no final da década de 90 demonstraram a ocorrência de reações anafiláticas a anestésicos em uma proporção de 1:10.000- 1:20.000 casos, sendo que as causas mais comuns incluíam drogas bloqueadoras neuromusculares, látex, antibióticos, coloides, hipnóticos e opioides (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Para a OMS, os fatores que favorecem o erro são a similaridade entre ampolas e a proximidade no armazenamento destas, falta de etiquetas/identificação nos medicamentos e a similaridade de cor e conteúdo dos medicamentos. Devem sempre ser observadas as regras dos “9 certos”, considerando a administração da droga certa, no paciente certo, com a dose certa, pelo tempo certo, na via de administração certa, documentação certa, ação certa, forma certa e resposta certa (monitorar) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

No ambiente cirúrgico o profissional que exerce a função de prescrever, preparar e administrar medicamentos é o anesthesiologista e, na maioria das vezes, é o mesmo profissional que executa as diferentes ações, o que remete à responsabilidade de uma prática segura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Salienta-se, neste contexto, a importância da avaliação pré-operatória do paciente com vistas a identificar, previamente, fatores de risco, tais como alergias conhecidas pelo paciente e histórico relacionado a procedimentos anteriores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.6 Objetivo 6 - A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico

As infecções em sítio cirúrgico (ISC) podem se desenvolver nas camadas superficiais ou profundas do tecido, ou no órgão ou espaço que foi manipulado cirurgicamente. Conceitua-se ISC incisional superficial como a que ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento e envolve somente pele e tecido subcutâneo; e a ISC incisional profunda envolve tecidos moles profundos à incisão, ou seja, que ultrapassam o tecido subcutâneo, podendo manifestar-se nos primeiros 30 dias da cirurgia; em casos de cirurgia com colocação de prótese, este período se estende a um ano. A ISC de órgão/cavidade é conceituada como a que ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento, ou até um ano no caso de colocação de prótese, e envolve órgão ou cavidade manipulados durante o procedimento cirúrgico (BRASIL, 2009).

Dados da OMS demonstram que as ISC contribuem com o índice de infecções relacionadas à assistência à saúde em 15% e levam ao aumento médio nas internações hospitalares entre 4 e 7 dias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Considerando-se que a maioria dos patógenos que causam agravos infecciosos no sítio cirúrgico decorre da microbiota endógena do paciente, a rigorosa preparação da pele do paciente no pré-operatório imediato visa a redução da carga microbiana. Contudo, a dose de microrganismos necessários para desencadear uma infecção diminui quando material estranho está presente no sítio cirúrgico, sendo a prevenção de retenção de objetos, o sétimo objetivo do Programa. Outros fatores relevantes ao risco de infecção cirúrgica, além da presença de corpo estranho, são a inadequação da degermação cirúrgica, da técnica cirúrgica e da profilaxia antibiótica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A degermação cirúrgica consiste no preparo da pele com o objetivo de diminuir as bactérias. Em alguns casos, como em cirurgias eletivas, o paciente é orientado a utilizar sabonetes com ação germicida antes do procedimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A OMS orienta que todos os pacientes se submetam a um preparo da pele antes dos procedimentos cirúrgicos com agente antimicrobiano adequado, o

qual deve ser selecionado de acordo com sua capacidade para diminuir rapidamente a contagem bacteriana e que seu efeito persista durante o procedimento cirúrgico (OMS, 2009).

A profilaxia antimicrobiana é indicada quando existe risco elevado para infecção, como em pacientes idosos, diabéticos e imunodeprimidos; também é recomendada para cirurgias com utilização de prótese. O uso inadequado desse recurso pode favorecer a seleção de cepas bacterianas resistentes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Contudo, o emprego de antibioticoprofilaxia não é a mais importante medida para prevenir infecções cirúrgicas; a identificação de riscos, o adequado preparo pré-operatório e o emprego de técnicas cirúrgicas assépticas são práticas primordiais para um bom resultado. Além disso, deve ser dada atenção à limpeza do ambiente, uso de uniforme cirúrgico, e esterilização adequada dos instrumentais cirúrgicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE S, 2009).

Há outros fatores, que podem contribuir para a ocorrência de infecções, como deficiência na manutenção da temperatura corporal e no controle homeostático da glicemia (FRAGATA, 2010).

3.1.7 Objetivo 7 - A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas

Embora reter compressas, agulha ou instrumental cirúrgico no paciente ao final de um procedimento seja considerado um evento incomum, incorre em sérias consequências, como infecção, perfuração ou obstrução de vísceras, ocorrência de fístula e óbito. A incidência de corpos estranhos, apesar de rara, está estimada em 1:1000-1:1500 laparotomias; no entanto, presume-se subnotificação e subestimação desses eventos devido a implicações médico-legais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Medidas devem ser estabelecidas para evitar este erro, como estabelecer padrões de contagem manual e sistemática de compressas, gaze cirúrgica instrumental, incorporação de material radiopaco às compressas e gazes,

rastreamento de material, com o estabelecimento de protocolos padronizados e conhecidos por toda a equipe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Há dificuldade em detectar compressas e gazes em exames radiográficos e tomografias quando isentas de marca radiopaca, porém, mesmo na presença dessas marcas, o diagnóstico pode não ser estabelecido pela imagem ser erroneamente interpretada como calcificação ou sutura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Em relação à metodologia de contagem, se não puder ser automatizada, dever ser realizada sempre por duas pessoas - geralmente circulante de sala e instrumentador cirúrgico; em caso da contagem ser interrompida, esta deve ser reiniciada. Outra estratégia sugerida é a embalagem de gazes e compressas em múltiplos padronizados (5 ou 10) e as agulhas colocadas em contador ou caixa para agulhas. Durante o período transoperatório, recomenda-se o registro sistemático do seu uso, os instrumentais com partes componentes devem ser contados de forma individualizada e as agulhas nunca devem ser deixadas soltas sobre a mesa. Nenhum instrumental deve ser removido da sala até final da cirurgia e toda a contagem deve ser registrada em formulários ou relatório de enfermagem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Apesar da tarefa de processar, contar, rastrear e anotar o material seja delegada à circulante de sala ou ao instrumentador cirúrgico, o cirurgião tem papel importante no processo ao examinar de maneira cuidadosa e metódica a ferida antes do fechamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.8 Objetivo 8 - A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos

Constitui espécime cirúrgico o material retirado do paciente, durante a intervenção cirúrgica. Perder ou identificar de forma errônea esse material, destinado a exames anatomopatológicos, prejudica a assistência e a segurança do paciente, acarretando atrasos no diagnóstico e tratamento, além do risco de intervenções equivocadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Para minimizar esses erros, rotinas devem ser sistematizadas, tais como: identificar o paciente utilizando, ao menos, duas formas, como por exemplo, o nome completo e a data de nascimento; revisar juntamente com o cirurgião, em voz alta, o nome do paciente, o tipo de amostra e as recomendações para o armazenamento e encaminhamento do espécime; dispor de formulário contendo todas as informações de identificação necessárias e o possível diagnóstico, devida e corretamente preenchido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.1.9 Objetivo 9 - A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação

A efetiva comunicação entre os membros da equipe é essencial para o sucesso do procedimento e para a prevenção de erros; omissão, má-interpretação e conflitos decorrentes de uma comunicação ineficiente podem comprometer a segurança do paciente. Entre as equipes cirúrgicas, as evidências demonstram que a falha na comunicação é causa comum de erros médicos e eventos adversos, sendo a comunicação entre os membros da equipe o elemento mais importante no contexto.

Para a OMS essas são as falhas técnicas de maior impacto e que trazem grande ameaça a sistemas complexos. A comunicação entre os membros da equipe é essencial para o funcionamento seguro destes sistemas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A *Joint Commission for the Accreditation of Hospital Organizations* (JCAHO) elegeu o déficit de comunicação como base dos eventos sentinelas da saúde em 70% dos casos. A comunicação é considerada o fluido vital para o funcionamento de uma equipe, mas para seu sucesso é imprescindível a capacidade de partilha sinérgica de tarefas e a capacidade de cooperação mútua (FRAGATA, 2010).

Embora alguns profissionais demonstrem resistências à introdução de listas de verificação, a qual exige a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica, a maioria aprova a instauração dessa prática, com relatos que os benefícios superam os inconvenientes e neutralizam as omissões por falha humana. Outra faceta da comunicação é o registro das informações de forma sistematizada e

organizada, de modo a colaborar com a segurança do paciente e dos profissionais, além de base para consultas posteriores por outros profissionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Na Enfermagem o registro das informações faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é uma atividade privativa do enfermeiro e tem sua base legal na Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986). A SAE norteia as atividades do restante da equipe de enfermagem a partir da avaliação e prescrições emitidas pelo enfermeiro e no contexto da Segurança do Paciente Cirúrgico é visualizada na Visita Pré-operatória de Enfermagem. A equipe médica também deve manter registros das informações, tanto as que dizem respeito a condição do paciente, com os registros no prontuário, exames, avaliação pré-anestésica, como o preenchimento e assinatura dos termos de consentimento para anestesia e cirurgia (BRASIL, 2009).

3.1.10 Objetivo 10 - Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos

Para se obter sucesso no sistema de segurança do paciente é necessária a compreensão de que os dados fornecidos pelas medidas de avaliação têm grande importância. Avaliar o sucesso, as falhas e o progresso nas medidas propostas e estabelecidas para a segurança depende de informações sobre o estado da assistência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A OMS (2009) propõe como medidas altamente recomendadas para uma vigilância cirúrgica, a coleta de dados referentes ao número de salas cirúrgicas, números de procedimentos cirúrgicos realizados em determinada sala cirúrgica, número de cirurgiões e anestesiólogos capacitados, taxa de mortalidade nas primeiras 24 horas após a cirurgia, e taxas de mortalidade pós-operatória em pacientes hospitalizados. Essas medidas auxiliam na avaliação dos resultados do Programa e fornecem meios para o acompanhamento e detecção das ações. A partir desses dados epidemiológicos, entre outros, é possível detectar falhas e vislumbrar oportunidades de melhorias na assistência ao paciente cirúrgico e,

mesmo, visar melhores condições de trabalho à equipe, com o envolvimento dessa nos resultados, estímulo do trabalho em equipe e consequente adesão ao preconizado.

Percebe-se que as instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde. Por isso, a equipe deve ficar atenta às atividades desenvolvidas para que sejam evitados erros advindos de despreparo e desatenção na assistência ao paciente.

3.2 DEFINIÇÃO E HISTÓRICO DO CENTRO CIRÚRGICO

Entende-se centro cirúrgico como o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata (BRASIL, 1977). Pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital devido à sua especificidade, à presença constante de estresse e à possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica (POSSARI, 2006).

Os primeiros Centros Cirúrgicos surgiram com a evolução da medicina e consequentemente com as cirurgias. Antigamente, o corpo humano era considerado muito complexo pelos médicos, que adotavam, então, apenas o tratamento clínico no processo de cura, pois temiam operar seus doentes. Os cirurgiões não passavam por uma universidade, mas por um curso prático não acadêmico. A medicina interna era mais importante que a cirurgia, que era tida como trabalho essencialmente manual; havia a divisão entre o saber e o fazer. Para eles, o trabalho só mental era mais nobre. Sendo assim, os estudos que precisavam de mais reflexão e percepção não incorporavam a cirurgia como uma de suas disciplinas. A cirurgia era executada pelos práticos, ou os chamados *cirurgiões- barbeiros*, que tinham maior habilidade manual (POSSARI, 2006).

O cirurgião, por suas habilidades manuais, era considerado como uma categoria inferior à do médico internista. A cirurgia era vista como uma prática

rebaixada e profana, pois, enquanto que os médicos clínicos trabalhavam com mãos limpas, os cirurgiões lidavam com matérias de carne decadente, como: tumores, cistos, fraturas, gangrenas, entre outros tipos de doenças (POSSARI, 2006).

Na Antiguidade e Idade Média, os cirurgiões realizavam muitos procedimentos paliativos, como curativos de feridas externas de tumores, lancetavam furúnculos, sempre evitando o abdômen e outras cavidades corpóreas. O grande problema para a cirurgia era livrar o paciente da dor, da hemorragia e da infecção (POSSARI, 2006).

O primeiro passo para o surgimento da anestesia geral foi com a descoberta do dióxido de nitrogênio (NO_2), por Joseph Priestley, em 1773, mas, somente em 1796, um aprendiz de farmácia conseguiu experimentar os efeitos inaladores com dióxido de nitrogênio. Ele verificou que o gás produzia uma sensação agradável, acompanhada de um desejo incontido de rir. Um dia, quando sentia dor de dente, resolveu inalar o gás e observou que a dor passou. Deduziu que, se o dióxido de nitrogênio suprimia a dor, poderia ser empregado no tratamento de outros tipos de dor. Em um de seus estudos, indica a utilização de dióxido de nitrogênio em cirurgias: “já que o gás hilariante parece possuir a propriedade de acalmar as dores físicas, será recomendável empregá-lo contra as dores cirúrgicas” (POSSARI, 2006).

A cirurgia moderna só foi iniciada em 1846, na sala de cirurgias do Hospital de Massachusets, na cidade de Boston. O procedimento foi a retirada de um tumor no pescoço do paciente Gilbert Abbot, pelo cirurgião John Collins Warren e o médico anestesista William Thomas Morton com o uso da narcose, a anestesia da dor por inalação de gases químicos (POSSARI, 2006).

Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm propiciado aumento significativo no número de intervenções cirúrgicas ao redor do mundo, as quais são, muitas vezes, realizadas em condições inseguras, interferindo na promoção e na recuperação da saúde dos clientes. A qualidade do cuidado e a segurança dos clientes assumem, portanto, papel de relevância, sendo a atualidade reconhecida como a Era da Segurança (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Com a evolução dos procedimentos cirúrgicos, foram criados pelos cirurgiões novos instrumentos cirúrgicos, que permitiram um refinamento nas manobras cirúrgicas. Em 1874, Louis Pasteur sugeriu que os instrumentos fossem desinfetados com água fervente e passados sobre uma chama de fogo. O uso de

luvas na cirurgia surgiu em 1890, não para a proteção do paciente, mas para proteger a enfermeira que era alérgica a antissépticos. Com a evolução dos procedimentos e a necessidade de mais leitos, houve o crescimento da instituição hospitalar. Com o aumento do número de leitos e unidades de internação, foram surgindo os serviços diagnósticos e terapêuticos, como laboratórios, bancos de sangue, entre outros. Para racionalizar a utilização de áreas comuns, como lavabos, vestiários, laboratórios e outros, ocorreu a centralização das salas de operações, surgindo então o espaço no hospital que é destinado à realização de cirurgias (POSSARI, 2006).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

O Brasil como um país signatário estabelece, em 1 de abril de 2013, a Portaria n. 529 que institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP), onde constituem-se os seguintes objetivos: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

A Organização Mundial da Saúde lançou em 2009 a campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” como o Segundo Desafio Global, visando à segurança do paciente, e embasou sua preocupação com dados que mostram que quase metade dos eventos que afetam negativamente os pacientes em hospitais estão relacionados aos cuidados cirúrgicos e que passos simples podem reduzir as taxas de complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Como prática internacional baseada em evidências, o *checklist* apresenta-se dividido em três momentos: 1º “*Sign in*”; 2º “*Time out*” e 3º “*Sign out*” (Figura 2),

devendo ser coordenado por um elemento da equipe operatória, a qual compreende cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos e demais profissionais envolvidos. Essa equipe deve trabalhar interdisciplinarmente, uma vez que todos são responsáveis pelo cuidado seguro do cliente, cada qual no desempenho de sua função, garantindo o sucesso do procedimento cirúrgico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Figura 2 – Checklist da campanha “*Cirurgia segura salva vidas*”

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU + IDENTIDADE + SÍTIO CIRÚRGICO + PROCEDIMENTO + CONSENTIMENTO <hr/> <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <hr/> <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <hr/> <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <hr/> O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <hr/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS <hr/> RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <hr/> <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: + IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE + SÍTIO CIRÚRGICO + PROCEDIMENTO <hr/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? <hr/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <hr/> <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) <div style="text-align: right;">Assinatura _____</div>

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRESCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO A PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2009a, p. 190-191)

O processo de realização de cirurgia inclui a admissão do paciente no centro cirúrgico, a realização do ato cirúrgico anestésico, o cuidado na sala de recuperação pós- anestésica e o encaminhamento do paciente ao setor de internação ou domicílio. Podem ocorrer eventos adversos em várias etapas desse processo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O procedimento anestésico-cirúrgico é parte integrante da assistência à saúde, contribuindo na prevenção de agravos à integridade física e perda de vidas. Como estratégia na redução desses eventos, a Organização Mundial da Saúde

lançou a referida campanha. Com o objetivo de discutir as ações voltadas à segurança dos pacientes no período operatório, buscou-se no *site* da Organização Mundial da Saúde os estudos disponíveis sobre avanços na execução de procedimentos seguros, com a implementação do *checklist* na sistematização dos cuidados preconizados no centro cirúrgico, que garantam alta eficácia e baixo custo. O estudo discorre sobre a estratégia de utilização do Sistema *checklist*, apresentando ações específicas que permeiam três momentos do procedimento anestésico-cirúrgico. A implementação do *checklist* confere o alcance do procedimento correto pela equipe correta e paciente correto, tendo em vista estabelecer processos seguros na realização da cirurgia (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), desde julho de 2004, exige que as organizações acreditadas estejam empenhadas na aplicação do Protocolo Universal que se constitui de um instrumento de prevenção de acidentes. A princípio, sua aplicação pode parecer incômoda e redundante, mas há grande probabilidade de eliminar ocorrências desastrosas em situações de cirurgia/ procedimentos invasivos. Este protocolo, baseado no consenso de profissionais pertencentes às várias especialidades cirúrgicas, vem sendo apoiado por mais de 40 associações médicas e organizações de saúde (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar efeitos com intervenções eficazes (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

3.3.1 A segurança relacionada ao período pré-indução anestésica

O primeiro momento do *checklist* expresso pelo “*Sign In*”, realizado antes da Indução Anestésica, estabelece a presença obrigatória do anestesiológico e do enfermeiro, seguindo-se as propostas de ações, abaixo descritas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009):

- Confirmação da identidade do cliente: confirma-se verbalmente com o cliente a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e o documento com a assinatura do seu consentimento para a cirurgia ou do seu responsável legal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Marcação do sítio cirúrgico: confirma-se, o local correto marcado pelo cirurgião para a cirurgia, geralmente com uma caneta própria. Alerta-se para os casos que envolvem lateralidade, isto é uma distinção para a esquerda ou para a direita, ou múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, dedo, lesão cutânea, vértebra). Estruturas de linha média ou estruturas simples seguirão a prática local (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Segurança na anestesia: checa-se, formalmente, com o anestesiolista os equipamentos, medicamentos e riscos anestésicos do cliente. Deve-se confirmar a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos para manutenção das vias aéreas; administração de oxigênio e agentes inalatórios; carro de anestesia; aspirador; medicamentos e dispositivos de emergência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Oxímetro de pulso, instalação e funcionalidade: confirma-se que o oxímetro de pulso foi colocado, bem como os parâmetros ajustados, e se os alarmes sonoros estão funcionando, antes da Indução da Anestesia. Preferencialmente, a leitura da oximetria de pulso deve ser visível para a equipe operacional. A oximetria de pulso tem sido altamente recomendada como um componente necessário de cuidados de anestesia segura pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- O cliente tem alguma alergia conhecida: A verificação deve ser dirigida ao anestesiolista. Em caso afirmativo, perguntar: *Qual?* Isso deve ser feito, a fim de confirmar se o anestesiolista está ciente da presença de alergias e que riscos representam para o cliente. Se o coordenador ou outro profissional da equipe tem conhecimento de uma alergia do cliente, esta informação deve ser comunicada

especificamente ao anesthesiologista (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);

- Via aérea difícil: confirma-se com o anesthesiologista se foi realizada uma criteriosa avaliação quanto às vias aéreas do cliente. Exemplo, na avaliação da distância tireomentoniana, a pontuação entre 3 e 4 indica dificuldade de entubação e necessidade de preparação da equipe e de equipamentos de emergência. Outro profissional, capacitado na execução da técnica de entubação, deve estar junto ao anesthesiologista para atendimento de urgência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Risco de broncoaspiração: deve também ser analisado como parte da avaliação da via aérea. Se o cliente tiver sintomas de refluxo ativo ou resíduo gástrico, o anesthesiologista deve se preparar para a possibilidade de aspiração traqueobrônquica. O risco pode ser reduzido, modificando-se o plano de anestesia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Risco de perda sanguínea > 500 mL/ (7 mL/kg em crianças): questiona-se o anesthesiologista sobre os riscos do cliente quanto à perda sanguínea durante a cirurgia, a fim de assegurar o reconhecimento e a preparação para este evento crítico (risco de choque hipovolêmico). Se o profissional de anestesia não sabe informar sobre o risco de perda sanguínea, é importante discutir o problema com o cirurgião antes da Indução da Anestesia. Se houver um risco significativo de perda sanguínea, maior que 500 mL, é altamente recomendável instituir, pelo menos, dois acessos intravenosos calibrosos ou um acesso venoso central antes da Incisão da Pele. Além disso, a equipe deve confirmar a disponibilidade de hemocomponentes e discutir o planejamento para reposição. Ao completar a primeira parte “*Sign in*”, a Indução Anestésica poderá ser iniciada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.3.2 A segurança relacionada ao período pré-incisional

- O segundo momento do *checklist*, denominado “*Time Out*”, compreende uma pausa momentânea, tomada pela equipe, antes da Incisão da Pele, a fim de confirmar itens essenciais à segurança do cliente, a qual envolve ações de toda a equipe. *Confirmar os nomes e as funções de todos os membros da equipe*: pede-se a cada membro da equipe apresentar-se dizendo seu nome e sua função, incluindo estudantes ou outras pessoas presentes. Essa simples rotina auxilia no gerenciamento das ações de cada componente da equipe em possíveis momentos críticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Cirurgião, anestesilogista e enfermeiro confirmam: *cliente, a cirurgia, o local e o posicionamento na mesa operatória*: Este passo é o padrão de “*Time Out*” e cumpre as normas das agências reguladoras nacionais e internacionais. Antes que o cirurgião faça a Incisão da Pele, a pessoa que coordena o *checklist* ou outro membro da equipe pedirá a todos os presentes na sala de operação para que, atentos a esta fase, verbalmente confirmem o nome do cliente, a cirurgia a ser realizada, o local e o posicionamento do cliente na mesa operatória, a fim de evitar erros, certificando-se do procedimento correto, do paciente certo e da equipe certa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Antecipação de eventos críticos: O Coordenador do *checklist* conduz uma rápida discussão entre o cirurgião, o anestesilogista e a equipe de enfermagem sobre situações críticas e sobre o planejamento da segurança. Caso não haja nada específico a ser dito, o profissional pode simplesmente declarar que não há nada fora do rotineiro a ser lembrado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Revisão do cirurgião: o cirurgião pode dimensionar de forma mais apropriada a perda do volume sanguíneo, em que momento precisará de reposição e de equipamentos especiais ou sobre fases da cirurgia que serão críticas, duração estimada ou outros fatores complicadores

da evolução do paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);

- Revisão do anestesiológico: o anestesiológico poderá comunicar as preocupações relativas ao cliente; o planejamento para possíveis perdas sanguíneas; a presença de alguma patologia de base que não possa ser esquecida, ou qualquer outro item que pareça ser relevante relatar para toda a equipe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Revisão da enfermagem: deve-se confirmar se os equipamentos estão adequados e funcionantes; checar materiais/ instrumentais quanto ao processo de esterilização, pois, caso não estejam, isso deve ser corrigido antes da Incisão da Pele; deve-se também, caso necessário, verificar se há alguma alteração do plano inicial, gerando necessidade específica quanto a qualquer material ou equipamento que será utilizado durante o procedimento cirúrgico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Profilaxia com antibióticos: na prática cirúrgica, este item é considerado fundamental na redução da infecção de sítio cirúrgico. Questiona-se o anestesiológico quanto à dose de antibiótico profilático administrada nos últimos 60 minutos. Caso não tenha sido administrado, deve-se fazê-lo antes da Incisão da Pele. Caso tenha sido administrada há mais de 60 minutos, a equipe deve considerar que a dose seja refeita. Nas situações onde o cliente estiver recebendo tratamento com antibióticos, este item passa a ser irrelevante (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Exames de imagem: são considerados como de fundamental importância para a realização de inúmeras cirurgias. Perguntar à equipe sobre a necessidade dos exames de imagem relacionados à cirurgia. Caso a resposta seja negativa, deixar este item checado como “não se aplica”. Nos casos em que o exame de imagem se faz necessário, deve-se providenciá-lo. Ao término do “*Time Out*”, procedesse ao Ato Operatório. Ao final do procedimento cirúrgico, o próprio

cirurgião solicita a checagem da fase explicitada a seguir (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);

3.3.3 A segurança relacionada ao final do procedimento cirúrgico

- O terceiro momento do *checklist*, “*Sign Out*”, é iniciado e pode ser realizado durante o fechamento da ferida operatória. Devem-se completar todos os itens antes da retirada do cliente da sala cirúrgica. Parte da função desta fase do *checklist* é garantir os cuidados no pós-operatório. Seguem-se as exigências de revisão desta fase (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Procedimento realizado: a enfermeira confirma verbalmente com o cirurgião e com a equipe o nome do procedimento cirúrgico realizado. Vale reforçar que podem ocorrer mudanças ou expansão do procedimento, advindo daí a importância da informação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Conferência de instrumentos cirúrgicos, compressas e agulhas: a checagem e contagem correta devem ser confirmadas pelo instrumentador e circulante de sala, em voz alta. Atenção especial deve ser dada às cirurgias de cavidade aberta. Na falta de algum item, checar lixos, campos, *hamper* e cavidade cirúrgica se necessário. Solicitar exames de imagem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Identificação de materiais para exame anatomopatológico: as falhas na identificação do material podem gerar sérios erros nos laboratórios de análise e prejudicar o cliente por falta ou troca de diagnósticos. O circulante de sala deve, em voz alta, confirmar com a equipe cirúrgica alguns dados, tais como: nome do paciente, o material e outras informações pertinentes conforme rotina da instituição: data, cirurgião, convênio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);

- Equipamentos com problemas: devem-se verificar equipamentos ou instrumentos com falhas e avaliar se necessitam ser identificados, descritos, bem como encaminhados à manutenção para serem consertados antes de serem utilizados em uma próxima cirurgia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Recuperação do paciente: o cirurgião, o anestesiológico e o enfermeiro necessitam revisar todos os cuidados específicos necessários à assistência do cliente, focando em especial problemas intraoperatórios ou anestésicos que poderão afetá-lo em sua recuperação pós-anestésica e pós-operatória. O objetivo desta etapa é a transferência eficiente, adequada e correta das informações críticas do cliente para toda a equipe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009);
- Concluindo-se esta etapa, o *checklist* de Segurança para Cirurgias está finalizado, podendo ser anexado ao prontuário do cliente, ou utilizado em análises de controle de qualidade do Serviço/instituição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

3.4 PROCESSO DE QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE

Florence Nightingale, enfermeira britânica, é considerada por alguns autores como a precursora de intervenções em saúde para melhoria da qualidade, tendo sua atuação ocorrido principalmente no Hospital de Scutari, durante a Guerra da Crimeia, entre 1854 e 1856, demonstrando redução da mortalidade após suas ações (NEUHAUSER, 2003). Após a guerra, dedicou-se às melhorias das condições sanitárias do Exército e à formação de um contingente sanitário feminino (CAMPOS, 2006).

O Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons, ACS*) estabeleceu, em 1917, o *Minimum Standard for Hospitals*, com requisitos básicos para uma assistência de qualidade ao paciente. Esses requisitos se referiam aos processos médicos e ao processo de trabalho. Em 1918, foi realizada a primeira

avaliação dos hospitais nos Estados Unidos e, dos 692 estabelecimentos avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados.

O Colégio Americano de Cirurgiões procurou parceiros e, em 1951, juntou-se ao *American College of Physicians*, à *American Medical Association*, ao *American Hospital Association* e à *Canadian Medical Association*, criando a *Joint Commission of Accreditation of Hospitals*, que, posteriormente, em 1987, passou a denominar-se *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (CAMPOS, 2006).

No Brasil, o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais é creditado a Odair Pedroso em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Os primeiros padrões mínimos para centro cirúrgico, tanto planta física como organização, foram estabelecidos em 1951, durante o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões. Neste evento, foram definidos ainda os componentes do prontuário médico e normas gerais para organização do hospital (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Mezomo (1992) definiu qualidade como a adequação dos serviços ou produtos à missão da organização comprometida com o atendimento pleno das necessidades de seus clientes. Donabedian (1990, p.1116) afirma: “qualidade no campo da saúde deve ser entendida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos e custos para os usuários”. Este mesmo autor desenvolveu o que chamou de sete pilares da qualidade: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade.

Zanon (2000) salienta que a assistência médico-hospitalar de boa qualidade pode ser caracterizada operacionalmente pelos seguintes atributos: diagnóstico definitivo da doença que levou o doente ao hospital e tratamento atualizado, comprovadamente eficaz, informado ao paciente ou familiar responsável e consentido por estes; assistência de enfermagem capaz de cumprir a prescrição médica e assegurar ao paciente atenção, carinho e respeito; internação isenta de intercorrências infecciosas ou com o mínimo delas; e atendimento pelo menor preço.

Outra questão importante é como avaliar a qualidade; sobre isso Vieira, Detoni e Braum (2006) afirmam:

A qualidade é avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspectos básicos: a eficácia, determinada pela ciência médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006, p. 10).

Em 1980, Donabedian descreveu uma tríade para avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processos e resultados. Estrutura envolve recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis para a assistência médico-hospitalar; processos são as atividades de assistência médica com padrões preestabelecidos entre profissionais e pacientes; e resultado é o produto final da assistência prestada ao paciente (CLINCO, 2007).

O processo de acreditação hospitalar é uma metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de Saúde, que consiste em um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo, assim, em um processo de avaliação dos recursos institucionais (as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos). É um processo que implica custos para sua realização. O processo de acreditação inclui a exigência de que os estabelecimentos de Saúde atuem em conformidade com os requisitos técnicos e legais e tenham seu licenciamento revalidado pela vigilância sanitária. Existem três instituições atuando como acreditadoras no Brasil: a Organização Nacional de Acreditação, a *Joint Commission International*, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e a *Canadian Council on Healthcare Services Accreditation*, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (BRASIL, 2014).

Feldman, Gatto e Cunha, em artigo publicado em 2005, definem:

Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou a base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementam. (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p. 216).

A partir de modelo desenvolvido nos Estados Unidos, um trabalho elaborado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) deu origem à criação no Brasil, em 1986, da Comissão Especial Permanente de Qualificação dos Hospitais.

Na década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) passou a promover discussões com o tema acreditação hospitalar na América Latina. Em 1998, o Ministério da Saúde realizou um projeto “*Acreditação no Brasil*” a fim de sensibilizar e melhorar a compreensão dos gestores de serviços de saúde, profissionais da área e organizações de classe. Este projeto culminou, em 1999, com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, cujos principais objetivos são a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade dentro do processo de acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Em 2001, foi assinado um convênio entre a Anvisa e a ONA para cooperação técnica e treinamento de pessoal. No ano seguinte, a Anvisa reconheceu oficialmente o Sistema Brasileiro de Acreditação por meio da Resolução n. 921, de 29 de maio de 2002 (BRASIL, 2002). O Sistema Brasileiro de Acreditação possui padrões e requisitos estruturados em três níveis, a saber:

- Nível 1 – Segurança (estrutura);
- Nível 2 – Organização (processo);
- Nível 3 – Práticas de Gestão e Qualidade (resultados).

Conforme atende aos requisitos, a instituição é qualificada como Acreditada (nível 1), Acreditada Plena (níveis 1 e 2) e Acreditada com Excelência (níveis 1, 2 e 3) (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014). Campos (2006) refere que, naquela ocasião, já eram 36 países envolvidos com acreditação, mostrando um crescimento mundial da demanda quanto aos conceitos de melhoria da qualidade.

No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. “O IOM define qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou

de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (BRASIL, 2014).

Apresentam-se as definições dos atributos da qualidade (BRASIL, 2014):

- Segurança: evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los;
- Efetividade: cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente);
- Cuidado centrado no paciente: cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente;
- Oportunidade: redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado;
- Eficiência: cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;
- Equidade: qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Por exemplo, em determinada intervenção cirúrgica, poder-se-iam fazer várias perguntas sobre cada uma das dimensões importantes: o que determina a sua efetividade? Como diminuir o risco de dano? Está acessível à população-alvo? As respostas detalhadas a essas perguntas originarão uma lista de características ou requisitos que definem a assistência de qualidade ao problema de saúde que se está analisando, sempre considerando aquelas que conduzem à satisfação das necessidades e expectativas dos respectivos usuários (BRASIL, 2014).

A ideia subjacente a esse raciocínio, pensado primariamente para os produtos da indústria, também é relevante para os serviços de saúde: defina-se bem o produto, incluindo as características que deve ter para ser de qualidade, e depois se deve tentar avaliá-lo de forma direta ou indireta. Assim, tanto a qualidade como

suas dimensões se transformam em conceitos flexíveis, adaptáveis a cada produto ou serviço, e dependentes da criatividade, responsabilidade e entendimento da função que deve ser desempenhada por cada profissional, instituição ou sistema (HINRICHSEN, 2012).

A acessibilidade externa (antes do contato com o serviço de saúde) e interna (já dentro do serviço de saúde) também se relaciona com a segurança quando prejudica a prestação da atenção de forma oportuna e a tempo, pois os atrasos em atenções necessárias aumentam o risco de complicações. Outra dimensão muito associada à segurança é a Atenção Centrada no Paciente, pois tem sido demonstrado que respeitar as preferências e valores do paciente, além de estimular a sua participação em todas as tomadas de decisão que o envolvam, costuma favorecer a sua segurança. Essa coincidência de dimensões reforça o argumento de que a segurança realmente é uma dimensão da qualidade, além da necessidade de integrar a sua gestão e melhoria com as atividades de gestão e melhoria da qualidade (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Além disso, é importante mencionar que a segurança tem interseções com quase todas as demais dimensões da qualidade. Quando as intervenções na segurança do paciente focam a prevenção de situações e procedimentos potencialmente nocivos, coincidem claramente aspectos e atuações anteriormente vinculados a outras dimensões da qualidade, particularmente aspectos essenciais da qualidade técnico-científica, somente com a ressalva de que as possíveis falhas aumentam o risco de iatrogenia, efeitos adversos ou dano desnecessário. Por exemplo, não cumprir as normas de higiene das mãos, não prescrever ou administrar corretamente a quimioprofilaxia antibiótica, ou não controlar corretamente a normotermia em determinadas intervenções cirúrgicas, todos esses aspectos, associados à qualidade técnico-científica da atenção, podem ser considerados aspectos da segurança quando as falhas no seu cumprimento aumentam o risco de infecção relacionada à assistência à saúde (BRASIL, 2014).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos propostos, este estudo tem natureza descritiva com abordagem qualitativa, embora tenha sido necessário utilizar tabelas para melhor exposição dos dados quantitativos. A abordagem qualitativa não tem como finalidade numerar ou mensurar unidades ou categorias homogêneas. Visa entender a relação causa e efeito do fenômeno (MINAYO, 2012).

Pode-se dizer, também, que ela permite observar como cada indivíduo, grupo ou instituição vislumbra a realidade pesquisada, identifica conceitos e variáveis relevantes de situações que podem ser estudadas quantitativamente. Permite, da mesma forma, estudar questões difíceis de quantificar, como sentimentos, emoções, crenças e atitudes individuais (MINAYO, 2012).

Destarte, este estudo está inserido na linha de pesquisa: Tecnologia e Comunicação no cuidado em Saúde no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG.

4.1 CENÁRIO

O estudo foi realizado no Centro Cirúrgico de um hospital geral público sediado em um município da Zona da Mata Mineira que foi fundado em 1948 para atender pacientes portadores de tuberculose e, em 1978, incorporado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). Tornou-se hospital geral em 1983 e atende à clientela do município e adjacências.

Desde que foi fundado, o hospital recebe exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para a macrorregião sudeste de Minas Gerais, onde se caracteriza como referência no cuidado de doenças infectocontagiosas. É integrante de uma rede de hospitais geridos por uma fundação mantida pelo Estado de Minas Gerais que detém uma administração centralizada na capital. Atualmente, conta com 202 leitos de internação, divididos em unidades de internação clínico-cirúrgicas adulto e pediátrica, unidades de terapia intensiva (UTI)

adulto, pediátrica e neonatal e maternidade. Conta, ainda, com serviço de pronto-atendimento, centro cirúrgico e centro de reabilitação física.

São realizados, em médias, 250 procedimentos cirúrgicos, em que a maior prevalência são cirurgias gerais, videolaparoscopias e cirurgias pediátricas por ser referência. A classificação por porte cirúrgico utilizada nesse serviço é por tempo de ocupação de sala operatória, e 95% das cirurgias realizadas por mês nesta instituição são de porte cirúrgico I com tempo de ocupação de sala cirúrgica de até 2 horas.

O protocolo de cirurgia segura iniciou sua implantação pela Fhemig Central em outubro de 2015, onde uma equipe da comissão de protocolos realizou treinamentos *in locun* com a equipe deste cenário, mostrando a importância de sua aplicação e com realizar a aplicação do mesmo. As coordenações de enfermagem e medicina destinaram a enfermagem responsável pelo preenchimento, onde após acompanhar toda a realização de cada etapa preenche junto ao quadro de cirurgia, que cada sala de cirurgia dispõe, com as informações mais críticas e principais relacionada ao paciente e ao procedimento. E após a realização do procedimento todos os membros da equipe de cirurgia (cirurgião, anestesista e circulante de sala – enfermagem) assinam o impresso do *checklist* deste protocolo.

Nesta instituição, iniciou-se a partir de 2006 o processo de gestão da qualidade, com a implantação gradual do programa “5S”. O programa tem como objetivo principal promover a alteração do comportamento das pessoas, com reorganização da empresa, por meio da eliminação de materiais obsoletos, identificação dos materiais, execução constante de limpeza no local de trabalho e manutenção da ordem implantada, apontando, assim, a melhoria do desempenho da organização. Sua denominação vem das iniciais de cinco palavras de origem japonesa, que foram adaptadas para a língua portuguesa na forma de cinco sentidos. Cada um dos sentidos estabelece uma etapa da metodologia que evolui e culmina no alcance dos requisitos preestabelecidos e sua manutenção (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Os cinco sentidos são: 1º) Senso de utilização (Seiri): separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário; 2º) Senso de ordenação (Seiton): identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente; 3º) Senso de limpeza (Seisoh): manter um ambiente sempre limpo, eliminando as causas da sujeira e aprendendo a não sujar; 4º) Senso de saúde (Seiketsu): manter um

ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene; 5º) Senso de autodisciplina (Shitsuke): fazer dessas atitudes e dessa metodologia um hábito, honrar compromissos assumidos (GOMES *et al.*, 2013).

Implantada essa fase do processo, em 2008, a direção do hospital solicitou consultoria a uma empresa especializada, a fim de iniciar a implantação do programa de acreditação. Os profissionais da empresa realizaram treinamentos introdutórios a respeito da temática da qualidade e orientações quanto à melhoria dos processos e conversavam com os coordenadores e colaboradores em seus próprios setores de trabalho sobre as formas de implantação da cultura da qualidade. Em 2010, passou por uma auditoria diagnóstica por uma empresa acreditadora credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). As orientações provenientes da Instituição Acreditadora (IAC) eram disseminadas por meio de reuniões entre a direção do hospital e os respectivos coordenadores de setores e por estes aos seus colaboradores com a finalidade de que as pessoas trabalhassem unidas para que o objetivo da organização fosse atingido, ou seja, a certificação.

Em 2012, deu-se a estruturação do Escritório de Qualidade, sendo a equipe composta de uma enfermeira, uma administradora de empresas e um auxiliar administrativo. No final do mesmo ano, passou por uma auditoria certificadora, quando foram apontadas pela empresa contratada credenciada algumas não conformidades, necessitando a instituição de nova avaliação chamada de *follow up* (acompanhamento, busca de retorno ao que foi solicitado). Nesta avaliação, realizada em meados de 2013, o hospital conseguiu cumprir os requisitos avaliados e recebeu a certificação da Acreditação Hospitalar em Nível 2, Acreditado Pleno, por ter sido constatado pela IAC que a instituição cumpriu tanto os requisitos básicos de segurança na assistência prestada, ou seja, os requisitos do Nível 1, quanto se evidenciou adoção do planejamento na organização da assistência atendendo os requisitos do Nível 2. Mas, retorno a auditoria de manutenção em março de 2015 onde a instituição não obteve o título de manutenção para o nível 2 em acreditação hospitalar, e estão em reestruturação do processo de qualidade para passar por uma nova auditoria de acreditação hospitalar.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do universo de 76 profissionais que compõem a equipe interprofissional deste cenário, 22 são técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros assistenciais, 16 anestesistas, 29 médicos de cirurgia geral e pediátrica, 2 serviços gerais, 4 técnicos de farmácia e 1 farmacêutico. Sendo que 40 participaram deste estudo: dois enfermeiros assistenciais, 18 técnicos de enfermagem, 10 médicos de cirurgia geral e pediátrica e 10 médicos anestesistas. Foram critérios de inclusão: profissionais que tiveram a disponibilidade e se encontravam presentes no ato da pesquisa para responderem ao questionário na instituição, de ambos os gêneros, que atuam nos plantões diurno e noturno, trabalham no Centro Cirúrgico há um período superior a 12 meses e responsáveis pela aplicação direta do protocolo de cirurgia segura.

Estes, conforme a disponibilidade e aceitação, foram convidados a participar livre, voluntariamente e sem ônus, tendo a anuência firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Como critério de exclusão, foram estabelecidos: o não atendimento aos critérios de inclusão e ainda e os profissionais que estivessem, no período da realização da pesquisa, de férias (10), licença médica ou folga (4), que tinham um período menor que 12 meses de atuação no centro cirúrgico desta instituição por não terem domínio da rotina do setor (06) e não tiveram disponibilidade para participar da pesquisa (6) e não serem profissionais responsáveis pela aplicação direta do protocolo de cirurgia segura (10).

Cabe esclarecer que o projeto enviado ao comitê recebeu o título "*Gerenciamento de Risco no Centro Cirúrgico: atuação na ótica da equipe multiprofissional*". No entanto, com o decorrer do desenvolvimento do projeto, foi necessária a adaptação do objeto e, conseqüentemente, foi alterado o título desta pesquisa "*Gerenciamento de Riscos: atuação interprofissional em centro cirúrgico*". Ao final do processo de defesa da dissertação, será elaborado um relatório e encaminhado ao comitê de ética justificando as mudanças sofridas pelo projeto original.

Todos os participantes abordados aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o caráter voluntário da participação, assim como foi garantida a reprodução fiel dos

depoimentos, o arquivamento dos dados e a possibilidade de acesso ao resultado da pesquisa. O risco de participação foi considerado mínimo, ou seja, semelhante a situações cotidianas da vida. Houve a preocupação e atenção dos pesquisadores no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano.

Cabe ressaltar que, para preservar a identidade dos participantes, utilizou-se código com a sigla CS, remetendo à cirurgia segura, seguido do número sequencial da resposta ao questionário. Por exemplo, quando se referir ao código CS 0038, significa que a resposta corresponde ao trigésimo oitavo participante/questionário.

4.3 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi realizada em dois momentos, sendo que, no primeiro, foi realizada a análise dos prontuários a partir da data de implantação do protocolo de cirurgia segura, ou seja, outubro de 2013, até dezembro de 2015 e, no segundo momento, deu-se a aplicação de um questionário semiestruturado (Apêndice B) que foi elaborado pela autora deste estudo, com teste piloto que foi realizado com um profissional de cada categoria da equipe interprofissional atuante no Centro Cirúrgico e realizados as alterações necessárias. Após isso, o questionário foi aplicado a 40 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão para participação deste estudo.

A equipe interprofissional respondeu a um questionário semiestruturado, com o intuito de garantir maior fluência, fidedignidade e agilidade do processo, bem como melhor interação entre a pesquisadora e o participante.

Este questionário compõe-se de duas partes: a primeira refere-se à caracterização do participante (data nascimento, sexo, data da coleta de dados, nível de escolaridade, tempo de formação, área de atuação, tempo de experiência no centro cirúrgico (cc), turno de trabalho e carga horária) e a segunda parte, composta com as questões inseridas nos seguintes tópicos: caracterização do protocolo de cirurgia segura, avaliação da aplicação do *checklist* de cirurgia segura,

que envolve três etapas, a saber: etapa I (antes da indução anestésica), etapa II (antes da incisão cirúrgica) e etapa III (antes de o paciente sair da sala de cirurgia).

Ainda o instrumento do questionário levantou o conhecimento da equipe interprofissional sobre o gerenciamento de risco no centro cirúrgico por meio das seguintes questões norteadoras: O que você entende por evento adverso no CC? Como profissional do CC, você gerencia os riscos no setor? Quais as barreiras para prevenção dos riscos?

O questionário proporciona à pesquisadora a obtenção de informações dos participantes ao estabelecer o modo de acesso a fatos vivenciados em uma realidade específica e referidos pelos participantes (MINAYO, 2012). Permite a livre expressão e proporciona à pesquisadora a garantia da continuidade no foco por ele estabelecido. Durante a aplicação do questionário, a pesquisadora assume postura ativa e busca a consecução de descrições por parte do respondente que estão relacionadas com o tema da pesquisa proposta. Portanto, o questionário leva o respondente a descrever de modo aprimorado as experiências que são e foram por ele vivenciadas (GIL; YAMAUCHI, 2012).

Anteriormente à etapa de campo, foram programadas visitas para a ambientação na instituição como pesquisadora e obtenção de informações junto aos profissionais que nela atuam sobre o fluxo, os horários e a previsão do local para os encontros. Ao fazer o convite aos participantes, informou-lhes sobre a proposta do estudo e foi agendado um encontro individual, de acordo com a disponibilidade de horários para a entrega e preenchimento do questionário.

Os participantes receberam o questionário e a pesquisadora aguardava cada um a responderem e após o término o participante entregou para a pesquisadora junto ao termo de consentimento assinado pelo mesmo.

4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram agrupados em categorias, tendo por base Bardin (2011). Esta autora afirma que, para categorizar grupos similares, inicialmente se caracteriza a análise de conteúdo, que ocorre em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A análise e a interpretação do material produzido nas entrevistas foram realizadas com base na técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, literatura de referência nessa técnica. Bardin (2011) refere que a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e que a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2011).

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na definição de categorias (sistemas de codificação) e na identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de 49 conteúdos a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem de frequências) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). É uma etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia). As categorias reúnem um grupo de elementos em razão de suas características comuns sob um título genérico. Classificar elementos

em categorias, então, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros (BARDIN, 2011).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ocorrem nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Tendo por base a interpretação das respostas dadas pelos participantes do estudo às questões abertas e às fechadas, os dados analisados foram agrupados nas seguintes categorias de análise:

- Categoria 1: Adesão dos profissionais que compõem a equipe interprofissional à aplicação do protocolo de cirurgia segura.
- Categoria 2: Entendimento do profissional sobre o conceito de evento adverso no Centro Cirúrgico.
- Categoria 3: Ações realizadas para o gerenciamento de evento adverso
 - Subcategoria 3.1: Conhecimento dos participantes deste estudo sobre o gerenciamento de riscos
 - Subcategoria 3.2: Barreiras máximas de proteção na ocorrência de evento adverso
- Categoria 4: A percepção dos profissionais quanto à aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional da Saúde, envolvendo pesquisas com seres humanos – Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012 (BRASIL, 2013b), e a pesquisa apresentou riscos mínimos relacionados ao instrumento questionário. Aos participantes foram garantidos o sigilo, anonimato e a elucidação quanto aos riscos de sua participação que preveem aqueles típicos da conversa informal, que traz à

lembrança situações anteriormente vivenciadas, riscos que, caso haja, serão mínimos e de responsabilidade da pesquisadora (Apêndice C e Anexos A e B).

Foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora. O Projeto foi aprovado em 19 de fevereiro de 2016 através do Parecer Consubstanciado do CEP n. 1.416.255 (Anexo C). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação no referido comitê.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para sistematizar a apresentação e discussão dos resultados, optou-se inicialmente em apresentar a caracterização dos participantes desta pesquisa e, em seguida, as categorias temáticas elencadas. denominadas de:

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes foram caracterizados quanto ao sexo, à categoria profissional, à faixa etária, ao nível de escolaridade, ao tempo de formação e ao tempo de experiência no centro cirúrgico. A Tabela 1 mostra a caracterização dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização dos Profissionais Participantes da Unidade do Centro Cirúrgico de um Hospital da Zona da Mata Mineira, Juiz de Fora – MG, 2016 (n= 40)

Características sociodemográficas	n (%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	22 (55,0)
Masculino	18 (45,0)
<i>Categoria profissional</i>	
Enfermeiro	2 (5,0)
Técnico de enfermagem	18 (45,0)
Médico cirurgião geral e pediátrico	10 (25,0)
Médico anestesiológico	10 (25,0)
<i>Faixa etária (anos)</i>	
20 a 30	5 (12,5)
31 a 40	26 (65,0)
41 a 50	7 (17,5)
51 a 60	2 (5,0)
<i>Nível escolaridade</i>	
Ensino médio	6 (15,0)
Superior incompleto	6 (15,0)
Superior completo	28 (70,0)

Continua

Conclusão

Características sociodemográficas	n (%)
<i>Tempo de formação na área de conhecimento (anos)</i>	
1 a 5	5 (12,5)
6 a 10	25 (62,5)
11 a 15	2 (5,0)
16 a 20	2 (5,0)
21 a 25	4 (10,0)
26 a 40	2 (5,0)
<i>Tempo de experiência no cenário de estudo (anos)</i>	
1 a 5	11 (27,5)
6 a 10	20 (50,0)
11 a 15	4 (10,0)
16 a 20	1 (2,5)
21 a 25	2 (5,0)
26 a 30	1 (2,5)
31 a 40	1 (2,5)

Fonte: A autora (2016)

Em relação ao sexo, na Tabela 1, observou-se que o predomínio é de mulheres, com um total de 55%. De fato, o sexo feminino é predominante em muitas profissões da área da saúde devido a motivações culturais. Desde os primórdios, que o cuidado ao doente é uma atividade prioritariamente exercida por mulheres, nomeadamente por profissionais de enfermagem (CARVALHO et al., 2007).

Dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) corroboram esta afirmação, a predominância de profissionais é do sexo feminino. A equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, c2012b). É importante ressaltar, no entanto, que, mesmo se tratando de uma categoria feminina, registra-se a presença de 15% dos homens. Pode-se afirmar que, na enfermagem, está se firmando uma tendência à masculinização da categoria, com o crescente aumento do contingente masculino na composição (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012b).

As mulheres médicas representam 39,9%, entre aproximadamente 400 mil profissionais registrados no país. Desde 2009, o número de mulheres que entram na medicina superou o de homens. Em 2010, ingressaram na profissão 7.634 mulheres e 6.917 homens. Ressalta-se que, entre os médicos com menos de 29 anos, havia 53,31% de mulheres em 2012. Conforme a pirâmide etária dos médicos vai se aproximando dos 60 anos, o número de homens é bem maior, reflexo da formação de um maior contingente masculino entre 1970 e 2000. Entretanto,

conforme os profissionais mais velhos vão deixando a profissão, a tendência é que haja um equilíbrio na estrutura populacional entre homens e mulheres, que deve ser atingido por volta de 2028 (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2013).

Os homens predominam nas especialidades cirúrgicas e naquelas que atendem urgência e emergência, como a ortopedia. Estudos indicam que a ideia de que há necessidade de maior força e resistência física, a formação mais demorada, a exigência de maior disponibilidade de tempo e a dificuldade de coordenar práticas profissionais com a vida familiar são os principais motivos que afastam as mulheres de determinadas especialidades, sobretudo as cirúrgicas (SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI, 2013).

O Brasil possui mais mulheres que homens. Entretanto, essa diferença subiu em quase 600 mil pessoas e atualmente o país tem 6.353 milhões de mulheres a mais do que homens, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Estes dados estatísticos refletem o cenário desta pesquisa, onde foi evidenciado maior número de mulheres participantes do que homens.

A população brasileira é de 203,2 milhões de habitantes, sendo 98.419 milhões de homens (48,4% do total) e 104.772 milhões de mulheres (51,6%). A PNAD – 2014 entrevistou 362.627 pessoas, que vivem em 151.291 residências de todas as unidades da federação (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

No Sudeste, há quase 4 milhões de mulheres a mais que homens. São 44,3 milhões de mulheres contra 41 milhões de homens, somando os quatro Estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Quanto à categoria profissional, a Tabela 1 mostra que são 18 técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dez médicos de cirurgia geral e pediátrica e dez médicos anestesiólogos, que participaram deste estudo. São membros da equipe que pertencem a duas áreas de conhecimento que exigem, na prática, uma atuação interprofissional na área da saúde de diferentes especialidades, colaboram para fornecer uma abordagem integrada e coesa para o atendimento ao paciente. A interação no trabalho em equipe permite que os profissionais visualizem os vários obstáculos relacionados ao trabalho em equipe e com isso criem estratégias

conjuntas para resolvê-los (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

A Tabela 1 mostra que a faixa etária revelou que a maioria dos participantes, 60%, encontra-se na faixa entre 31 – 40 anos. Cabe ressaltar que o corpo de profissionais da instituição pesquisada caracteriza-se por uma população jovem, considerada uma faixa etária produtiva.

Jovens, em qualquer sociedade, representam o novo, consistindo em si próprios a principal fonte das transformações. Se, por um lado, a entrada em um mundo adulto construído por gerações mais velhas e experientes é vista como desvantagem, essa também pode ser entendida como vantagem, uma vez que enquadra mudanças que permitirão novas acomodações da malha social. Enquanto uma parcela de jovens opta pela violência e marginalização, outra busca soluções inovadoras e positivas. No mundo das informações, são eles os principais atores e fomentadores das inovações. Por exemplo, os jovens de hoje experimentam uma escolaridade mais elevada, cresceram em meio ao desenvolvimento da microeletrônica, da informatização e puderam se adaptar às mudanças delas decorrentes. As novas tecnologias, ao mesmo tempo que os excluem do mercado de trabalho, abrem-lhes novas portas com a democratização e a globalização do conhecimento, não apenas formal e institucional (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002).

Quanto ao nível de escolaridade exposto na Tabela 1, seis profissionais possuíam o ensino médio completo, seis profissionais possuíam ensino superior incompleto e 28 profissionais possuíam o ensino superior completo, este último dado representa 70% da equipe interprofissional do centro cirúrgico participantes deste estudo. Ao confrontar os dados da escolaridade com os dados da categoria profissional expressos na Tabela 1, verifica-se que havia 18 técnicos de enfermagem, deduz-se que a maioria dos técnicos de enfermagem deste estudo estava buscando uma formação superior, e que, por isso, a Tabela 1 mostra, na escolaridade, que seis técnicos de enfermagem possuíam apenas o ensino médio exigido para a função que estavam exercendo, no entanto, 12 técnicos de enfermagem estavam buscando a qualificação superior.

O desejo de se qualificar é um anseio do profissional de enfermagem. Os trabalhadores de nível médio (técnicos de enfermagem) apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições. Este estudo mostrou que 33,3% dos técnicos de enfermagem tinham o ensino médio completo, o qual é

exigido para sua formação; 27,8% estavam reportando nível superior incompleto e que 38,9% destes tinham já concluído curso de graduação.

Conforme o dado da tabela 1 quanto ao nível de escolaridade observou que 66,% da equipe de enfermagem estava buscando qualificação profissional, onde ao realizar buscas em referencial que mostram o aumento de profissionais buscam aprimoramento no programa proficiência e outras iniciativas de aprimoramento promovidas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais revelaram ampla penetração, alcançando 94,5% dos enfermeiros e 98% dos profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem) que relatam participação em atividades de aprimoramento (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012a).

O aprendizado efetivo do profissional de saúde e sua participação junto à equipe interprofissional são fundamentais para o atendimento de finalidades na área de segurança do paciente, considerando-se também sua motivação, que deve ser uma constante no processo de aprendizado. As atividades de qualificação da equipe contribuem para a melhoria da satisfação do paciente e estimulam o indivíduo a buscar maior qualidade na realização do seu trabalho (LIMA *et al.*, 2016).

No que tange ao tempo de formação na área do conhecimento da medicina e de enfermagem quanto a realização de cursos na área de especializações, mestrado e doutorado, a Tabela 1 mostra que 62,5% dos participantes do estudo tinham entre seis e dez anos de formação. Da mesma forma, ao observar o tempo de experiência de trabalho no cenário de estudo, 50% tinham entre seis e dez anos. Esses dados permitem deduzir que a formação na área do conhecimento pode ter sido um investimento destinado para a área de centro cirúrgico.

Após a apresentação das características dos sujeitos desta pesquisa, passar-se-á à descrição das categorias temáticas elencadas referidas anteriormente no referencial metodológico. A primeira categoria destaca a adesão dos profissionais que compõem a equipe de cirurgia à aplicação do protocolo de cirurgia segura. Foi realizada a verificação nos prontuários dos pacientes que se submeteram a procedimento cirúrgico, onde foi checado o preenchimento de cada protocolo de cirurgia segura. A segunda categoria é o entendimento do profissional sobre o conceito de evento adverso no centro cirúrgico. Seguida da terceira categoria, que são as ações realizadas para o gerenciamento de risco de evento adverso. Esta categoria foi desmembrada em duas subcategorias: primeira subcategoria refere-se

ao conhecimento dos participantes deste estudo sobre o gerenciamento de riscos e a segunda subcategoria se prende às barreiras máximas de proteção na ocorrência de evento adverso. E, para finalizar, a quarta categoria, que envolve a percepção dos profissionais quanto à importância da aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura.

5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS ELENCADAS

Nesta parte da apresentação dos resultados e discussão dos dados levantados, foram descritas as categorias temáticas elencadas neste estudo.

5.2.1 Categoria 1: adesão dos profissionais que compõem a equipe interprofissional à aplicação do protocolo de cirurgia segura

Os dados que compuseram esta categoria foram levantados dos prontuários dos pacientes que se submeteram a procedimento cirúrgico. A Tabela 2 retrata a adesão dos profissionais quanto à aplicação do protocolo de cirurgia segura.

Tabela 2 – Distribuição de cirurgias realizadas trimestralmente por número de adesão ao preenchimento do checklist pelos membros da equipe interprofissional no período de outubro/2013 a dezembro/2015, Juiz de Fora – MG, 2016

Variável	Nº Cirurgias	Nº adesão <i>checklist</i>	Frequência (preenchimento incorreto)	Percentual (adesão ao <i>checklist</i>) (%)
Outubro a dezembro de 2013	855	598	257	69,9
Janeiro a março de 2014	940	667	273	71,0
Abril a junho de 2014	741	622	119	84,0
Julho a setembro de 2014	633	588	45	93,0
Outubro a dezembro de 2014	701	667	34	95,2

Continua

Conclusão

Variável	Nº Cirurgias	Nº adesão <i>checklist</i>	Frequência (preenchimento incorreto)	Percentual (adesão ao <i>checklist</i>) (%)
Janeiro a março de 2015	685	678	7	99,0
Abril a junho de 2015	677	677	0	100,0
Julho a setembro de 2015	812	812	0	100,0
Outubro a dezembro de 2015	603	603	0	100,0
Total	6.647	5.912	735	90,2

Fonte: A autora (2016)

A introdução do *checklist* de cirurgia segura é um passo para uma cultura de segurança na sala de cirurgia. Realizar checagem, por meio de um coordenador, com participação do paciente e da equipe interprofissional, é essencial para o sucesso do procedimento. Quando há trabalho coletivo, os integrantes da equipe passam a se perceber mais do que meros executores de tarefas, resgatando a dimensão afetiva do trabalho (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

O *checklist* de verificação de cirurgia segura foi desenvolvido para ajudar as equipes cirúrgicas a reduzir a ocorrência de danos ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013c). O protocolo de cirurgia segura neste cenário de estudo foi implantado em outubro de 2013 pela equipe de protocolo da Fhemig central, onde instituíram a utilização de um impresso padrão (Anexo D) para a aplicabilidade do mesmo. No início da implantação desse protocolo, houve resistência de alguns profissionais para checarem/realizarem e assinarem com efetividade o protocolo, o que foi evidenciado durante a consulta aos prontuários.

Ao consultar os prontuários neste cenário de estudo, foi possível estratificar, como mostra na Tabela 2, o número de cirurgias realizadas trimestralmente. Em média, foram realizados 6.647 procedimentos cirúrgicos no período analisado e 5.912 impressos de protocolos de cirurgia segura (Anexo D) foram preenchidos corretamente, o que equivale à média, nesse período analisado, de 90,2% de preenchimento correto do protocolo de cirurgia segura durante cada procedimento cirúrgico, onde que a Organização Mundial de Saúde preconiza a meta 100% de adesão na realização deste protocolo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A Tabela 2 mostra que a adesão da equipe ao protocolo de cirurgia segura foi gradativa, iniciando com 65% em outubro de 2013 e chegando ao seu auge em abril de 2015, atingindo 100% de adesão. Isso demonstra que a cultura de aplicação do *checklist* de cirurgia segura foi instituída pelos profissionais após um período de dois anos da implantação do protocolo neste cenário, tomando-se por base a data de sua implantação no ano de 2013.

Buscando na instituição dados de eventos adversos relacionados a falha na identificação do paciente, marcação e realização de cirurgia incorreta e falha na contagem de compressas e instrumentais no final dos procedimentos são eventos adversos que até no momento da realização desta pesquisa neste cenário não havia notificações destes eventos não esperados.

A aplicação do *checklist* de cirurgia segura inicia-se na admissão do paciente no centro cirúrgico e permanece até o término da cirurgia. O documento é preenchido pelo profissional de enfermagem, e este profissional observa toda a checagem da equipe interprofissional quanto aos itens do protocolo. Esta forma de aplicação foi instituída no cenário do estudo para viabilizar a prevenção de eventos adversos.

Em se tratando de evento adverso, a segurança cirúrgica é atualmente preocupação significativa na saúde pública mundial, tendo sido elaborada pela Organização Mundial de Saúde uma lista com dez objetivos essenciais do *Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Esses objetivos se basearam em evidências científicas que perpassam desde a preocupação em operar o paciente certo, por meio da cirurgia correta, com o menor índice de infecção e complicações relacionadas a fármacos até os cuidados com espécime cirúrgica, além de retenção inadvertida de compressas ou instrumentais no interior do sítio cirúrgico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Os resultados apresentados não diferem dos encontrados nas publicações de outras pesquisas. No entanto, considerando ser um programa que foi implantado neste cenário da pesquisa em outubro de 2013, é oportuna a identificação e abordagem das dúvidas e dificuldades, o incentivo à participação de todos. Também se faz necessária maior vigilância sobre as ações realizadas dentro da sala de cirurgia, principalmente na aplicação da lista de verificação, instrumento esse que, depois de preenchido, recebe a assinatura de representantes de todos os

profissionais envolvidos, sendo considerado assim, como documento importante sobre o registro das ações de segurança do paciente.

É preciso enfatizar a responsabilidade de cada profissional durante o procedimento anestésico-cirúrgico e a ética pela profissão. A comunicação é essencial para o bom andamento do procedimento e o *checklist* faz com que isso ocorra da melhor forma possível (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

5.2.2 Categoria 2: entendimento do profissional sobre o conceito de evento adverso no centro cirúrgico

Em 2002, diante da repercussão internacional do tema eventos adversos, a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) criou um grupo de trabalho com o intuito de estudar metodologias para avaliar os riscos para a segurança do paciente nos serviços de saúde de forma sistemática, com foco em metodologias que avaliaram a natureza e a magnitude do agravo causado pelos eventos adversos.

A OMS define o evento adverso como incidente que resulta em dano ao paciente, sendo dano compreendido como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico; e incidente como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009, p. 20).

Um momento muito importante para a segurança do paciente foi a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela OMS, por meio de resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004. Nesta assembleia, recomendou-se aos países membros atenção ao tema Segurança do Paciente e, desde então, este tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS, da qual o Brasil faz parte (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011; BRASIL, 2013a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente visa socializar os conhecimentos e as soluções encontradas, conscientizar e conquistar o

compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Em saúde, as boas práticas são o “conjunto de procedimentos necessários para garantir a qualidade sanitária dos produtos e dos serviços em um processo de trabalho” (PEREIRA, 2004, p. 48). No caso dos hospitais, clínicas, instituições de saúde mental e outras casas de saúde, a segurança é um dos elementos estruturantes para a garantia da qualidade, que é a “totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem” (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA 2011, p. 50), como uma das ferramentas de gerenciamento da qualidade.

Esse gerenciamento é apoiado na tríade de Donabedian (1974), que demarca os indicadores de qualidade reconhecidos por estrutura, processo e resultado. Significa implantar as ações para o monitoramento e a melhoria contínua a partir de informações sistematizadas que demonstrem como a estrutura é organizada, o que foi feito e o que aconteceu com o paciente. Em geral, os eventos adversos são condicionados por problemas de qualidade em serviços de saúde, os quais contribuem para originar o risco e a probabilidade de dano ao paciente, sendo a manifestação determinada por fatores contribuintes (HINRICHSEN, 2012).

Mediante a definição posta pela OMS, foram elaborados os questionamentos que compuseram o instrumento de coleta de dados desta pesquisa e, ao ser indagado ao participante o seu entendimento sobre o evento adverso, obtiveram-se como respostas as apresentadas a seguir por categoria profissional:

- Médico

Erro ou falha durante o procedimento com falhas detectáveis e passíveis de controle ou prevenção conforme os protocolos. (CS013)

Ocorrência de um dano não esperado ao paciente. (CS034)

Erro durante a realização do procedimento cirúrgico. (CS037)

Falha que resulta em dano reversível ou irreversível ao paciente. (CS040)

- Enfermeiro

Qualquer evento que, mesmo antes do início do procedimento proposto, possa de alguma forma colocar em risco qualquer um dos agentes envolvidos. (CS001)

É um fato indesejável que acontece com o paciente, podendo haver prejuízo ou não para ele. (CS020)

- Técnico de Enfermagem

Evento que acontece no centro cirúrgico que possa vir gerar impacto considerável sobre a saúde do paciente, pela recuperação econômica, social e onde o mais prejudicado é o paciente. (CS006)

É qualquer erro que gera dano à saúde do paciente. (CS025)

Evento não esperado durante o procedimento cirúrgico, podendo ocorrer dano ao paciente. (CS007)

No entendimento dos participantes, percebe-se que havia o conhecimento sobre o termo evento adverso, porque os posicionamentos estavam em comum acordo com os princípios e diretrizes definidos pela organização mundial de saúde, porém em algumas respostas descritas abaixo, alguns profissionais da categoria de medicina e técnico de enfermagem, escreveram mais exemplificando o conceito de evento adverso do que propriamente conceituar este termo como foi indagado no questionário deste estudo. Risco, fato indesejável, prejuízo, falhas ou erro, impactos e danos para o paciente foram termos mencionados pelos participantes, mostrando esse conhecimento parcial acerca do conceito de evento adverso.

Segurança na saúde é um compromisso institucional firme e visível com todas as situações latentes, visíveis ou não de perigos. Sendo assim, os eventos adversos são danos resultantes do cuidado à saúde. Eles geralmente podem ser evitados quando existem sistemas preventivos proativos de redução de riscos (HINRICHSSEN, 2012).

Ainda se obtiveram respostas no que diz respeito ao entendimento de evento adverso pelos participantes, onde aos invés de conceituarem o termo evento

adverso, alguns profissionais das categorias profissionais da medicina e técnicos de enfermagem exemplificarem, tais como:

- Médico

Paciente ser submetido ao procedimento errado. (CS033)

Qualquer intercorrência não prevista pelo procedimento. (CS039)

Realizar cirurgia em paciente errado. (CS031)

Falha no aparelho de anestesia durante o procedimento anestésico e o paciente apresentar PCR decorrente da falha do equipamento. (CS035)

- Técnico de Enfermagem

Um erro que ocorreu ou quase ocorreu. Ex: levar paciente Maria para a sala de cirurgia com o prontuário de outro paciente. (CS012)

Fazer procedimento no paciente errado, confundir o que vai ser operado no paciente, deixar o paciente cair, cirurgia desmarcada por problemas da instituição. (CS009)

Infecção do sítio cirúrgico e/ ou falhas na administração de medicamentos. (CS008)

Evento adverso são eventos que ocorrem fora da rotina, o que foge do padrão, as intercorrências. (CS004)

Na definição de evento adverso apresentada pelos participantes deste estudo, constam os seguintes termos: erro que ocorreu ou quase ocorreu e realizar procedimento errado ou paciente errado, queda do paciente. Estes são apontados na política de segurança do paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014) como conceitos de evento adverso. Pode-se inferir que a equipe multiprofissional deste estudo estava buscando o entendimento quanto às políticas de segurança do paciente através da educação permanente, porque detinha o conhecimento parcial sobre o termo evento adverso, onde a equipe interprofissional exemplificou o conceito do mesmo.

A educação permanente ancora-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é realizada no cotidiano de trabalho, a partir dos problemas enfrentados neste ambiente, e leva em consideração os conhecimentos e experiências que os profissionais já possuem. Propõe que o processo de aprendizagem dos profissionais de saúde se dê a partir da problematização do processo de trabalho e que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (KOERICH; ERDMANN, 2016).

A educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, portanto esta precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e preparando-os para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. A educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também é o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas, que os tornam aptos a atuar no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união dos saberes (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Ao analisar as respostas nos questionários, foi observado que os participantes deste estudo mencionaram que receberam treinamentos introdutórios desde a implantação da ferramenta do programa 5S, que teve por objetivo promover a alteração de comportamentos das pessoas, com a reorganização dos processos de trabalho voltada para a segurança do paciente. Em 2008, iniciou-se o processo de acreditação hospitalar, em que todos os profissionais continuaram a passar por educação permanente a respeito da temática da qualidade da segurança do paciente cirúrgico. Esses treinamentos foram realizados pela a equipe do gerenciamento de risco desta instituição.

5.2.3 Categoria 3: ações tomadas para o gerenciamento de evento adverso

Esta categoria foi desmembrada em duas subcategorias. A primeira refere-se ao conhecimento dos participantes deste estudo sobre o gerenciamento de

riscos e a segunda se prende às barreiras corretivas na ocorrência de evento adverso.

5.2.3.1 Subcategoria 1: Conhecimento dos participantes deste estudo sobre Gerenciamento de Riscos

Gerenciamento de Riscos é o conjunto de técnicas que visa reduzir, ao mínimo possível, causas e consequências relacionadas aos riscos identificados a que o paciente estará sujeito durante a internação na instituição hospitalar. Além disso, busca prevenir os efeitos das perdas acidentais, com foco no tratamento dos riscos que possam causar danos pessoais, ao meio ambiente e à imagem da empresa.

O Ministério da Saúde e a Anvisa (2009), preocupados com os eventos adversos, instituíram uma lista com dados que facilitam a verificação (*checklist*) de itens para prevenção de acidentes, para ser utilizada pela equipe médica e de enfermagem na sala de cirurgia. Consome-se pouco tempo em sua aplicação, mas são abordados os principais pontos críticos.

A gestão ou gerenciamento de riscos é um elemento central no planejamento estratégico de qualquer tipo de instituição. É o processo pelo qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às respectivas atividades, com o objetivo de identificá-los, estimá-los e controlá-los com medidas para: evitar, diminuir, assumir e/ou transferir os riscos (HINRICHSEN, 2012).

Os incidentes podem resultar em perdas de natureza emocional, física e financeira da equipe, da família, da instituição e da sociedade. Entretanto, as consequências mais preocupantes estão relacionadas ao paciente, uma vez que pode agravar suas condições clínicas e causar danos temporários, permanentes e até a morte (PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

O desenvolvimento da cultura de segurança, o gerenciamento dos riscos a que os pacientes estão expostos e a capacitação dos profissionais de saúde podem subsidiar a adoção de boas práticas, influenciando uma atuação profissional de excelência. Na relação entre o paciente e profissional de saúde, está implícito o princípio de cuidado e, quando ocorrem erros, há uma violação desse princípio.

Cabe às instituições de saúde elaborar e estabelecer padrões sistematizados para o controle e redução dos incidentes. A avaliação desses indicadores possibilita o planejamento de estratégias que melhoram o sistema de saúde, trazendo benefícios à equipe e, principalmente, ao paciente (PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

As respostas a seguir informam a percepção dos participantes por categoria profissional acerca do gerenciamento de risco que realizam na sua prática de trabalho no centro cirúrgico:

- Médico

Como cirurgião, observo materiais, procedimentos, lateralidade, risco de sangramento, profilaxia antimicrobiana. (CS013)

Antes de iniciar o processo anestésico, realizo a checagem do aparelho de anestesia, para verificar se há presença de alguma falha no equipamento. (CS033)

Conferência do prontuário junto ao paciente para conferência correta do procedimento cirúrgico. (CS037)

Conferência de todos os exames do paciente antes da indução anestésico. (CS039)

- Enfermeiro

Procurando atuar junto com a equipe, seguindo as rotinas já implementadas no setor, visando minimizar os fatores de risco. (CS001)

Através do conhecimento da matriz de risco setorial, onde para cada atividade principal realizada no centro cirúrgico existe a barreira de prevenção. (CS020)

- Técnico de Enfermagem

Através de protocolos de cirurgia segura implantados no hospital, com questionários e conferências de alergias, medicações e exames. (CS014)

Fazendo conferência do nome e cirurgia do cliente, conferência dos exames, saber se ele já fez cirurgias anteriores e seus históricos e alergia, na sala conferências de materiais corretos e sobretudo materiais de anestesia. (CS003)

Conferências no geral de todos os profissionais envolvidos desde a sua entrada no setor até a hora da indução anestésica e profilaxia antimicrobiana, temperatura do ambiente. (CS009)

No que tange à cultura de segurança em centros cirúrgicos, o Desafio Global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” prevê a adesão da equipe cirúrgica à Lista de Verificação com o intuito de, entre outros, reduzir os eventos adversos oriundos de procedimentos cirúrgicos, além de fortalecer a cultura nestes ambientes. Para tal, são apontados como fatores predisponentes o entrosamento entre a equipe interprofissional e discussões interdisciplinares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A comunicação mostra-se como importante componente neste processo, uma vez que a união de profissionais da saúde, como médicos cirurgiões, a diferença de classe profissional, sexo, idade, entre outros, promovem a segregação e são limitantes ao questionamento interdisciplinar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Contudo, é válido ressaltar que, conforme a literatura aponta, os fatores comportamentais, estruturais e relativos às lideranças devem ser objeto de reflexão para a construção e consolidação da cultura de segurança, independentemente do serviço ou unidade em que se deseja reduzir a ocorrência de eventos adversos (BLEAKLEY et al., 2006).

As barreiras preventivas não foram abordadas neste estudo de forma explícita, no entanto elas fazem parte do gerenciamento de risco, e os participantes, quanto a esta questão, citaram aspectos relacionados à prevenção do risco. Nas respostas sobre o gerenciamento de risco nesse cenário, foi possível observar a descrição de ações preventivas, com utilização dos seguintes termos-chaves: trabalho em equipe, cumprimento de rotinas, verificação de materiais e equipamentos para realização do procedimento previsto no momento, conferência da identificação do paciente, procedimento cirúrgico, avaliação se há risco de perda sanguínea e checagem de reserva sanguínea, profilaxia antimicrobiana, protocolo de cirurgia segura, checagem de alergias, conferência de exames e matriz de risco.

No entendimento dos participantes, percebe-se que as ações tomadas em relação ao gerenciamento do evento adverso nesse cenário seriam como barreiras preventivas por meio da aplicação do *checklist* de cirurgia segura que inclui a diminuição da morbimortalidade de pacientes cirúrgicos. Além disso, dá às equipes

cirúrgicas e aos administradores hospitalares orientações sobre a função de cada um e qual é o padrão de uma cirurgia segura, bem como oferece um instrumento de avaliação uniforme do serviço de vigilância.

Observou-se nesta categoria que o profissional enfermeiro citou, quando escreveu sobre a questão gerenciamento de risco, a utilização do instrumento de matriz de risco, um documento que é uma ferramenta do processo de segurança do paciente. Neste, são registrados os principais riscos identificados por cada atividade realizada nesse setor, a avaliação de seus impactos e a probabilidade de ocorrência para os processos, etapas e atividades dessa instituição. A Figura 3¹ apresenta o modelo da matriz de risco deste cenário de estudo.

¹ Trata-se de uma adaptação da Matriz de Risco fornecida pela instituição onde se realizou este estudo.

Figura 3 – Modelo da Matriz de Risco de Risco do Centro Cirúrgico do cenário deste estudo

 <p>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</p>	MATRIZ DE RISCOS	MRC-CC-001		
	SETOR: C.C.			
CONTROLE HISTÓRICO				
Revisão	Data	Elaboração	Verificação	Aprovação
00	09/09	Eliane R. De Oliveira Tostes	Artlene Caiáfa	Eliane R. de Oliveira Tostes

MATRIZ DE GESTÃO DE RISCOS

Atividade Crítica	Tarefas Pop	Como a falha se manifesta	Causas da falha	Problema INICIAL	Problema FINAL	Risco	Gravidade	Gravidade x Probabilidade	Forma de Prevenção (POP/PRS/PRQ)	Correção	Contingência	Forma de monitorar	Meta	Desvio Padrão
1. Marcação de Cirurgia	POP CC/017 Auxiliar administrativo	Atraso de cirurgia ou não realização. Cadastro errado de paciente e procedimento	Não conferência do mapa de cirurgia junto com o setor de admissão ou não agenda-mento no mapa do sistema. Falta de atenção	Não identificação correta do paciente e setor de internação. Atraso da cirurgia	Prejuízo para saúde do paciente	Assistencial, financeiro e civil	2	2+4 = 6	POP CC N° 017 Auxiliar Administrativo	Cobrança do auxiliar administrativa atenção na elaboração do mapa cirúrgico. Imprimir o mapa cirúrgico para facilitar a visualização e conferência.	Encaixe de cirúrgios no mapa novo cadastro de cirurgia	Índice de erros no mapa de cirurgia	2%	1,8 - 2 - 2,2

Probabilidade: Baseada no desvio em relação ao referencial externo	Excessiva: acima de 20% do referencial externo	Alta: de 10% a 20% acima do referencial externo	Moderada: até 10% acima do referencial externo	Baixa: menor que o referencial externo	Vide: Critérios para definição da Probabilidade				GRAVIDADE						
					Probabilidade: baseada em chances de ocorrência	Excessiva: maior que 10%	Alta: de 1% a 10%	Moderada: de 0,1% a 1%	Baixa: menor que 0,1%	Probabilidade	Gravidade x Probabilidade	1 - Reversível leve	2 - Reversível severo	3 - Irreversível severo	4 - Fatal
					Probabilidade: baseada em chances de ocorrência	Excessiva: maior que 10%	Alta: de 1% a 10%	Moderada: de 0,1% a 1%	Baixa: menor que 0,1%	4	Excessiva	5	6	7	8
					Excessiva: desempenho desfavorável (desvio padrão superior a 20%)	Alta: Desempenho desfavorável (desvio padrão de 10% a 20%)	Moderada: Desempenho desfavorável (desvio padrão até 10%)	Baixa: Desempenho igual ou melhor que meta		3	Alta	4	5	6	7
										2	Moderada	3	4	5	6
										1	Baixa	2	3	4	5

LEGENDA GRAVIDADE	
1 – Reversível leve	Se o risco ocorrer o processo pode ser feito sem deixar marcas (Sequelas, Cicatrizes, Vestígios).
2 – Reversível Severo	Se o risco ocorrer o processo pode ser feito mas deixa marcas (Sequelas, Cicatrizes, Vestígios).
3 – Irreversível Severo	Se o risco ocorrer o processo não pode ser feito ou reparado. (Sequela incapacitante)
4 – Fatal	Se o risco ocorrer o processo não pode ser feito ou reparado. (Óbito)

PONTUAÇÃO	
2 a 5	Não é necessário acompanhamento pelo setor, apenas por aquele que monitora e/ou representa o Risco. Não é necessário estabelecer plano de ação
6	É necessário acompanhamento pelo setor responsável pelo processo e por aquele que monitora. O estabelecimento de Plano de Ação fica a critério do setor responsável pelo processo.
7 a 8	É necessário acompanhamento pelo setor e por aquele que monitora. É necessário o estabelecimento de Plano de Ação

Fonte: A autora, adaptado do documento fornecido pela instituição onde se realizou a pesquisa

A gestão de riscos busca diminuir a possibilidade de ocorrência de um evento adverso, utiliza instrumentos para o monitoramento e a análise, visando à implementação de medidas preventivas. Os riscos podem ser classificados em: assistenciais, profissionais, ocupacionais, ambientais, resíduos, clínicos e institucionais. Medidas preventivas e de contingenciamento devem ser planejadas de acordo com a gravidade e probabilidade dos riscos relacionados ao processo (PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

5.2.3.2 Subcategoria 2: barreiras corretivas na ocorrência de evento adverso

A cultura de segurança do paciente está relacionada às informações relatadas sobre incidentes que ocorrem na assistência, no sentido de que, a partir destes incidentes relatados, sejam elaboradas estratégias e tomadas providências a fim de evitar a ocorrência de novos casos. Para isso, torna-se imprescindível a implementação de sistemas efetivos de notificações sobre incidentes na saúde (CAPUCHO, 2012).

No Brasil, pela RDC n. 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013c), aplicável aos serviços de saúde, a Anvisa dispõe que o diretor do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP). Entre as competências do NSP estão analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde e notificar os eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A Anvisa também determina que o PSP elaborado pelo NSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde de forma sistemática (BRASIL, 2013c).

Quanto às ações corretivas realizadas diante da ocorrência de eventos adversos, as respostas obtidas por categorias profissionais foram as seguintes:

- Médico

Identificaria o problema, tentaria corrigi-lo e informaria à chefia competente. (CS015)

Minimizar o dano. Notificar ou identificar a causa. Criar modo para não ocorrer novamente o evento. (CS019)

Após ocorrido o evento, teremos que criar barreiras preventivas para a não ocorrência novamente desse evento. Repassaria para chefia tomar as providências quanto ao sistema de notificação. (CS035)

- Enfermeiro

Notificação em impresso próprio, e, dependendo do evento, comunicaria o setor de medicina do trabalho. (CS001)

- Técnico de Enfermagem

Notificaria e avaliaria os fatos para prevenir reincidência. (CS013)

Comunicaria a chefia e os outros profissionais envolvidos se necessário. (CS011)

Fazendo uma avaliação da gravidade do evento para tomar as medidas cabíveis, conforme a gravidade gerada pelo evento adverso, avaliar a atitude a ser tomada. (CS003)

Faria o que fosse melhor para corrigir o erro sem que ofereça danos graves ao paciente e alertando meu colega se presenciado. (CS010)

Ao analisar as respostas dos participantes quanto à tomada de decisão para as barreiras corretivas, percebe-se que havia dúvida quando se relacionavam ao momento do evento adverso ocorrido. Também houve respostas incorretas quanto ao fluxo apropriado a ser seguido na instituição, o que se deve fazer, a quem reportar e como agir no momento do acontecimento do evento adverso.

A Figura 4 ilustra o fluxo estabelecido na instituição cenário desta pesquisa, com base nas normas da Resolução Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Segue abaixo o modelo do fluxo de notificação e tratamento do evento adverso do cenário deste estudo (BRASIL, 2013c).

Figura 4 – Fluxo de notificação e tratamento do evento adverso



Fonte: A autora, com base em documento fornecido pela instituição cenário

Na instituição do estudo, existia um sistema de notificação de eventos adversos, em que é realizada a análise de cada evento junto ao núcleo de segurança do paciente e, após esta análise, é realizado pelo gestor do setor um plano de ação para prevenção de ocorrências de novos eventos.

A Anvisa ressalta que, uma vez identificados problemas que interferem na segurança do paciente, é essencial tomar medidas de correção, pois senão os gestores estarão desperdiçando recursos e esforços em prol de identificar os problemas e, conseqüentemente, permanecerá a ocorrência de eventos adversos relacionados (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011). Um estudo realizado por Silva (2011) objetivou associar a estratégia de sensibilização dos profissionais, por meio de cartazes e folhetos contendo informações sobre os conceitos que estão associados à Rede Sentinela, ao impacto nas notificações. Os pesquisadores compararam a taxa de notificação/mil pacientes-dia antes da intervenção e após. Como resultados perceberam que houve aumento nas notificações relacionadas à Tecnovigilância, Farmacovigilância e Processo de Risco,

exceto em Hemovigilância. Este estudo concluiu que o aprimoramento profissional, por meio de estratégias educativas, pode modificar a cultura e contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, pela notificação e prevenção de Eventos Adversos.

O sucesso na gestão da segurança do paciente depende também de um reconhecimento do risco relacionado à assistência à saúde, em que a segurança do paciente depende do desempenho das pessoas. Portanto, os objetivos da organização precisam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança, prezando por uma comunicação aberta e isenta de punições para os eventos adversos e falhas de segurança e tendo um olhar sobre os incidentes de segurança não somente como problemas, mas como uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Ao analisar as respostas dos participantes deste estudo, observa-se que muitos dos profissionais que atuavam nesse cenário não conheciam o sistema de notificação dos eventos adversos ocorridos nesse ambiente, e existia uma comissão responsável por analisar cada evento ocorrido e, nessas análises, são desenvolvidas em conjunto medidas imediatas para correção do evento adverso e também elaboradas medidas preventivas para que o mesmo evento adverso não ocorra novamente com o paciente cirúrgico. Cabe à coordenação do setor, junto com a comissão de segurança do paciente, a divulgação aos profissionais deste estudo da existência desta comissão e de sua metodologia de trabalho perante a análise do evento adverso notificado, visando, assim, à informação destes profissionais quanto à política de notificação de qualquer evento adverso ocorrido.

5.2.4 Categoria 4: percepção dos profissionais quanto à aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura

O *checklist* de cirurgia segura implementado nesse cenário de estudo divide o momento da cirurgia em três fases, cada uma referente a um momento específico no fluxo normal de um procedimento – o período antes da indução anestésica, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica e o período durante ou imediatamente após a incisão do sítio cirúrgico, mas antes da remoção

do paciente da sala de cirurgia. Em cada fase, deve-se permitir ao coordenador (membro da equipe interprofissional – membro da equipe de enfermagem) da Lista de Verificação que confirme que a equipe concluiu suas tarefas antes de prosseguir. Quando as equipes cirúrgicas se familiarizarem com os passos da Lista de Verificação, elas poderão integrar as verificações em seus padrões familiares de trabalho e verbalizar sua finalização a cada passo, sem a intervenção explícita do coordenador da Lista de Verificação.

A enfermagem, neste cenário de estudo, que era responsável pelo preenchimento do impresso do protocolo de cirurgia segura durante o procedimento cirúrgico e, no final, os demais profissionais assinam o *checklist* de cirurgia segura, decorrente de política institucional. Deduz-se que esta categoria profissional estava se dedicando, com esforço redobrado para o preenchimento correto do protocolo de cirurgia segura.

O *checklist* de cirurgia segura consiste em uma ferramenta para ser usada pelos profissionais de saúde interessados em melhorar a segurança do paciente cirúrgico e reduzir óbitos e complicações cirúrgicas desnecessários. Seu uso tem sido comprovadamente associado a reduções significativas nas taxas de complicações e mortalidade em diversos hospitais e a melhorias em conformidade com as normas básicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O período perioperatório é um momento crítico do estado de saúde e doença, pois envolve submissão a um procedimento cirúrgico, com exposição do paciente a riscos e diversas complicações, sendo necessária assistência especializada de enfermagem e médica (POSSARI, 2006).

Para que haja melhor implementação de políticas de segurança do pacientes, são criados novos programas a cada dois anos, os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O *Segundo Desafio Global* refere-se aos fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, com o tema Cirurgias Seguras Salvam Vidas, considerada uma prioridade em saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Diante destes desafios, a segurança do paciente vem ganhando espaço nas práticas assistenciais diárias, sendo entendida, de acordo com o Índice de Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) da OMS, como: a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Dal

Sasso e Barbosa (2010, p.89) apontam a segurança do paciente como sendo “um princípio fundamental do cuidado do paciente e um componente crítico do gerenciamento da qualidade”.

Foi verificado na categoria 1, por meio de dados de preenchimento do *checklist* para cirurgia segura, pela busca em registros de prontuários, que o protocolo foi implantado em 2013, mas que, no início, houve resistência, com aceitação do grupo somente em 2015, quando foram constatados 100% de adesão ao protocolo referido. Na categoria Percepção dos profissionais quanto à aplicabilidade do *checklist*, foi possível captar o pensamento destes quanto ao seu grau de importância para segurança do paciente acerca da prevenção de infecções cirúrgicas e para a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura e também quais são as dificuldades encontradas durante a aplicação do *checklist*.

Cabe esclarecer que o *checklist* é um processo composto por três momentos, cada um corresponde a um período do tempo específico no fluxo normal de um procedimento. O primeiro momento abrange a realização de procedimentos já mencionados anteriormente e corresponde ao período antes da indução anestésica, quando o profissional da anestesia verifica o funcionamento dos equipamentos e aborda o paciente sobre seus dados de identificação, confirmação do sítio cirúrgico, alergias conhecidas, vias aéreas difíceis, bem como se há risco de perda sanguínea, administração do antibiótico profilático (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

O segundo momento se refere às ações do cirurgião quanto à identificação e confirmação do paciente, confirmação do sítio a ser operado, do antibiótico profilático administrado dentro dos 60 minutos antes da incisão, disponibilidade de exames de imagens e materiais disponíveis na sala para realização do procedimento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

O terceiro momento limita-se à checagem da equipe multiprofissional quanto à contagem de instrumentais e compressas, identificação de espécimes cirúrgicos e observações a serem registradas quanto ao procedimento realizado (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Retomando a análise da categoria 4, a ênfase foi quanto as dificuldades enfrentadas pela equipe interprofissional acerca da aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura e identificação do grau de importância da aplicabilidade deste

checklist durante a realização do procedimento anestésico-cirúrgico, conferida pelos profissionais deste cenário durante sua aplicação.

No que diz respeito às dificuldades elencadas pelos participantes, obtiveram-se respostas de: falta de participação da equipe, lista de verificação muito longa, falta de tempo para o preenchimento dos dados a serem checados, falta de treinamento para implementação do *checklist*. Observou-se que as dificuldades apontadas circulavam entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Também se verificou que, entre os profissionais citados, as respostas indicavam não terem dificuldades, no entanto houve respondente (técnico de enfermagem) que mencionou o termo “preguiça” no preenchimento relacionado à parte da medicina.

Percebe-se que, mesmo os itens não confirmados, foram demarcados como realizados. Nesse aspecto, há concordância com os resultados do estudo de Soria-Aledo e outros (2012), que apontam como dificuldade o preenchimento correto da lista de verificação, a avaliação de sua fidedignidade. Os autores afirmam que, nesses casos, os resultados podem não corresponder à realidade, tendo em vista o sub ou suprarregistro das ações. Considera-se que o preenchimento sem a verificação incorre em aspectos legais e éticos e implica todos os profissionais da equipe, visto que representantes de todas as categorias assinam o *checklist* de verificação da cirurgia segura.

Esta constatação causa estranheza ao ser confrontada com os dados da Tabela 2 referentes à adesão ao preenchimento do protocolo de cirurgia segura levantados nos registros realizados nos prontuários dos pacientes que se submeteram a procedimento cirúrgico. A Tabela mostrou que, a partir de 2015, no que tange ao protocolo, havia 100% de aderência ao preenchimento. Era de se esperar que não existisse dificuldade relacionada à aplicação do *checklist* de cirurgia segura, no entanto houve dificuldades pelos profissionais deste cenário quanto a aplicação do protocolo, tais como falta de participação da equipe, muito longo e falta de explicação sobre o *checklist* e outros, preguiça, estas demonstradas pelos participantes deste estudo. Esta análise comparativa de dados dessas categorias chama a atenção para a necessidade de educação permanente.

Salienta-se que as dificuldades de adesão ao programa, aplicação da lista de verificação e comprometimento da equipe são apontadas em vários estudos e os pesquisadores colocam como solução a educação, a quebra de paradigmas, como a

hierarquia do cirurgião, melhorias no sistema de comunicação e a mudança cultural (FRAGATA, 2010).

A necessidade de se organizar processos de educação permanente para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde pública, dada a necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nesses serviços. Cabe ressaltar que a formação destes se baseava em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção das doenças (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

A educação permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva, a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, com a finalidade de melhorar a saúde da população. Encontram-se ainda literaturas que enfatizam que o que deve ser realmente prioritário na Educação Permanente em Saúde é sua capacidade de se remodelar frente às incessáveis mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, tendo uma íntima ligação com a política de formação dos profissionais e dos serviços (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

A educação é um processo permanente, que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Tendo em vista a comparação da Tabela 2 e a análise dessa categoria com base nos resultados apresentados, que demonstraram dificuldades de comunicação e necessidade de mudança de comportamento frente às etapas do *checklist* de cirurgia segura, recomenda-se a retomada de educação permanente com toda a equipe interprofissional envolvida no processo de segurança do paciente cirúrgico para exposição dos objetivos dessa política e de sua importância. Sugere-se, ainda, oportunizar a todos os profissionais deste cenário de estudo que

exponham melhor suas dificuldades, dúvidas, discordâncias e sugestões com vistas à readequação do *checklist* de verificação. E, principalmente, o desenvolvimento do compromisso em equipe e com apoio institucional para que a implantação do protocolo de cirurgia segura siga rumo à melhor aplicabilidade durante o procedimento anestésico-cirúrgico.

Passar-se-á, agora, a apresentar e discutir os dados relacionados ao grau da importância da realização do *checklist* de cirurgia segura. Como descrito anteriormente, para se ter conhecimento da importância atribuída pela equipe interprofissional à realização do protocolo, foram elencados os seguintes itens: a importância que se atribui ao protocolo de cirurgia segura para prevenção de infecções cirúrgicas e a aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura em cada etapa. O grau de importância instituído no questionário foi de extremamente importante a sem importância.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS apresenta uma sequência rotineira de acontecimentos que inclui a avaliação pré-operatória, a intervenção cirúrgica e a preparação correta para assistência pós-operatória, cada qual necessitando reduzir seus riscos.

Quanto ao grau de importância que se atribui ao protocolo de cirurgia segura para prevenção de infecções cirúrgicas, obtiveram-se respostas de extremamente importante e muito importante. No entanto, cabe destacar que alguns participantes da categoria da medicina marcaram como pouco importante a aplicação deste protocolo para prevenção de infecções cirúrgicas, onde que nessa etapa do protocolo de fundamental importância o emprego adequado da indicação correta do antibiótico, evitando-se a exposição inadequada de pacientes aos antimicrobianos, o que pode levar, entre outras consequências, ao desenvolvimento de infecções por germes resistentes.

O emprego de antibióticos de forma profilática em cirurgia significa a utilização desses fármacos na ausência de um processo infeccioso estabelecido com a finalidade de evitar ou prevenir o desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico após o ato operatório. Devem ser considerados parâmetros como tipo do procedimento, potencial de contaminação, doenças de base entre outros. A escolha da droga também deve levar em consideração a adequada disponibilidade (penetração) no sítio cirúrgico (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Quanto à visão do profissional na aplicação do *checklist* de cirurgia segura, foi analisada cada etapa do protocolo quanto a seu grau de importância, visando à segurança do paciente cirúrgico, entendido nesta pesquisa por extremamente importante a sem importância. Para tanto, tomaram-se por base as três etapas do *checklist*.

No período pré-operatório, são abordados: o consentimento do paciente sobre o procedimento, sua identificação, confirmação do sítio cirúrgico e do procedimento a ser realizado; segurança dos equipamentos anestésicos e medicações a serem administradas; presença dos exames pré-operatórios e prontuário completo em sala de operação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Na intervenção cirúrgica, confirma-se a correta utilização de antimicrobianos, a disponibilidade das imagens necessárias ao procedimento para os profissionais, monitorização adequada do paciente, eficácia do trabalho da equipe, realização dos relatórios de ocorrências anestésicas e cirúrgicas e se há comunicação adequada na SO. No pós-operatório, a atenção volta-se para as intercorrências do transoperatório com vistas a melhorar a qualidade da assistência cirúrgica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Etapa I: Antes de indução anestésica. Esta etapa mostra a visão do profissional quanto à aplicação do *checklist* de cirurgia segura, na primeira etapa do protocolo de cirurgia segura, em que é preciso confirmar a identidade do paciente, o local a ser operado, qual o nome do procedimento que será realizado e se o paciente consentiu a cirurgia. Fazem parte desta etapa a verificação da demarcação do local correto, dos equipamentos e das medicações anestésicas, controle do funcionamento do oxímetro de pulso e colocação no paciente, investigação de processo alérgico anterior, avaliação quanto à existência de via aérea difícil ou risco de aspiração, risco de grande perda de sangue e antibiótico administrado como profilaxia (WACHTER, 2013).

As respostas encontradas no questionário quanto ao grau de importância para a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura na etapa I mostraram que vários participantes deste estudo consideraram-na como uma etapa extremamente importante e muito importante. Uma minoria de participantes marcou como pouco importante, e observa-se que a equipe cirúrgica deste estudo tem 100% de adesão

ao preenchimento do *checklist*, como mostrou na Tabela 2, mas, em relação a alguns itens, considera como pouco importante para a segurança cirúrgica.

Etapa II: Antes da Incisão cirúrgica. Nesta etapa, são checados os seguintes itens: confirmar nome e função de todos os integrantes da equipe, assim como o nome do paciente, do procedimento e o local da cirurgia, fazer com que a antibioticoprofilaxia seja infundida imediatamente antes da incisão; confirmar com cada integrante da equipe se há alguma particularidade em relação ao caso, sobre os perigos críticos e os planos operacionais (cirurgião confirma qual risco de perda sanguínea e o tempo cirúrgico planejado; anestesiolegista confirma preocupações específicas; enfermagem confirma esterilização dos instrumentais cirúrgicos e se há algum problema com algum equipamento), confirmar se os exames de imagens e de laboratórios estão em sala operatória e visíveis (WACHTER, 2013).

Ao exame das respostas quanto ao grau de importância nesta Etapa II, observou-se que alguns participantes marcaram esta questão com de extrema importância e muito importante, e ainda houve alguns participantes que a marcaram como um pouco importante. Verifica-se uma adesão baixa em um item de grande valia para prevenção de infecções cirúrgicas. Comparando esta etapa II com as respostas quanto à importância da aplicação para a prevenção de infecção cirúrgica, conclui-se que também foram obtidas respostas referentes ao item da conferência da administração do antibiótico antes da incisão cirúrgica como pouco importante. Destarte, é necessário treinamento para esta equipe quanto à profilaxia cirúrgica.

Na Etapa III, o enfermeiro deve confirmar verbalmente o nome do procedimento; deve ser realizada a contagem de instrumentos, compressas e perfurocortantes, rotulados os materiais biológicos coletados durante o procedimento cirúrgico e confirmado o nome do paciente e descrição da amostra verbalmente, verificar se houve algum equipamento com problemas; revisar com cirurgião, anestesiolegista e equipe de enfermagem as necessidades do paciente na saída da sala de operações (WACHTER, 2013).

Ao levantar as respostas obtidas do questionário quanto ao grau de importância da aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura na etapa III, obtiveram-se respostas como extremamente importante e muito importante.

Sobre a percepção dos participantes acerca do grau de importância da aplicabilidade do protocolo, o presente estudo revelou que houve lacunas a serem preenchidas, ou seja, muitos desses indicadores não foram observados, revelando

que não há adesão integral da equipe participante deste estudo, uma vez que não foi classificada cada etapa do *checklist* como extremamente importante para a segurança do paciente. A aplicação de alguns itens do protocolo de cirurgia segura foi classificada como pouco importante durante o procedimento cirúrgico por alguns membros da equipe deste estudo. Quando se compara a categoria 1, Adesão dos profissionais que compõem a equipe interprofissional à aplicação do protocolo de cirurgia segura, que, conforme a Tabela 2, mostra que, a partir de abril de 2015, obteve-se como resultado 100% de adesão ao preenchimento correto do protocolo de cirurgia segura, com a categoria 4 quanto à aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura, deduz-se que alguns itens são considerados como pouco importantes para segurança cirúrgica.

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica tem por objetivo promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões de segurança, como práticas de segurança anestésica inadequadas, infecções cirúrgicas evitáveis e comunicação inadequada entre os membros da equipe cirúrgica. É uma ferramenta para ser utilizada por profissionais com interesse na melhoria da segurança cirúrgica e na redução de complicações evitáveis.

Segundo a OMS, o uso da lista promoveu reduções significativas na taxa de complicações, de 11% para 7%; na taxa de mortalidade, de 1,5% para 0,8%, e melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (WACHTER, 2013).

Quatro áreas são apontadas por Fragata (2010) como fundamentais para o sucesso do trabalho no ambiente cirúrgico: comunicação, trabalho em equipe, proatividade e liderança, entre esses, a comunicação é considerada o fluido vital para o funcionamento de uma equipe. Pesquisadores, membros do Grupo de Estudos da OMS, colocaram como indicadora de adesão ao programa a observação dos seguintes itens: confirmação de toda a documentação antes da anestesia; uso de oximetria de pulso antes da indução anestésica; presença de acesso venoso de grosso calibre caso haja necessidade de transfusão sanguínea; administração de antibiótico; confirmação oral, imediatamente antes da incisão, da identidade do paciente, sítio a ser operado e procedimento a ser realizado; e contagem completa das compressas antes de a incisão ser fechada (HAYNES et al., 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe é considerado uma estratégia indispensável quando se trata de instituições de saúde e cabe à gestão envolver e motivar os membros a se interagirem, atuarem para melhoria da qualidade do serviço e do desempenho profissional, visando à política de segurança do paciente cirúrgico. Quanto mais a equipe estiver integrada, maior será o grau de satisfação dos profissionais, com a possibilidade de edificar um ambiente de trabalho prazeroso e com assistência de qualidade voltada para aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura.

Pode-se afirmar que existe uma lacuna quanto à educação permanente dos profissionais participantes deste estudo, à apresentação do programa de segurança do paciente e à falta de informação sobre atribuição e preenchimento do *checklist* de verificação. A falta de participação da equipe foi o fator mais citado para a sua aplicação, o que merece um olhar mais atento dos responsáveis pelo setor e pela implantação do programa, de modo a serem repensadas mudanças e instituídas ações de melhoria quanto à aplicação do protocolo de cirurgia segura e ao conhecimento de sua importância por toda a equipe interprofissional.

Contudo os resultados apresentados não diferem dos encontrados nas publicações de outras pesquisas. Considerando ser um programa já implantado nessa instituição, é oportuna a identificação e abordagem das dúvidas e dificuldades, o incentivo à participação de todos. Faz-se necessária maior vigilância sobre as ações realizadas dentro da sala cirúrgica, principalmente na aplicação do *checklist* de cirurgia segura, instrumento que, depois de preenchido, recebe a assinatura de representantes de todos os profissionais envolvidos, sendo considerado assim como documento importante sobre o registro das ações de segurança do paciente.

O esforço para a aplicação do protocolo de cirurgia segura pela equipe interprofissional foi reconhecido e deve ser estimulado para sua melhor consolidação. As dificuldades apresentadas não devem servir de desestímulo, mas, ao contrário, devem proporcionar reflexão em busca de promover melhorias quanto à segurança do paciente cirúrgico.

A aplicação do *checklist* requer do enfermeiro ou do coordenador membro da equipe interprofissional conhecimento de como realizá-la em todas as etapas. É

necessário conseguir envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos respeitem cada um dos itens da lista e tenham a consciência de que, para sua realização, é necessário fazer. Para isso, é preciso enfatizar a responsabilidade de cada profissional durante o procedimento anestésico-cirúrgico e a ética pela profissão. A comunicação é essencial para o bom andamento do procedimento cirúrgico e o *checklist* faz com que isso ocorra da melhor maneira possível.

Quanto à dificuldade apresentada pelos participantes no que tange ao fato de o instrumento de *checklist* conter texto longo, esta variável merece ser reavaliada sem perder de vista a boa qualidade dos serviços prestados, visando à segurança do paciente nos termos instituídos pela Organização Mundial de Saúde.

Não se pretende esgotar o tema proposto nesta pesquisa, sugere-se a ênfase da comunicação interprofissional para os próximos estudos.

Mostrar em outros estudos a importância da implementação na grade curricular dos profissionais da área da saúde o tema de segurança do paciente.

Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento das pesquisas sobre a temática e para o reconhecimento de sua importância, tanto no âmbito das organizações hospitalares quanto para profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Sítio cirúrgico**: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim informativo**, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fadc>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

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

BLEAKLEY, A. et al. Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. **Journal of interprofessional care**, London, v. 20, n. 5, p. 461-470, Oct 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: MS, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 921, de 29 de maio de 2002. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação-ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações e serviços de saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 de junho de 2002. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. de 2013a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013c. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, A. C. B. **Avaliação de uma instituição na área de saúde com base no programa de acreditação hospitalar**: um estudo de caso. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)– Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CARVALHO, E. C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de Enfermagem no Brasil. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife v. 1, n. 1, p. 95-99, 2007. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/17-8781-1>>. Acesso em: 20 out. 2016.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Por um novo paradigma de fazer políticas públicas políticas de para com juventude. **Revista brasileira de estudos de população**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 19-46, 2002.

CLINCO, S. D. O. **O Hospital é seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)– Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais - 2016**. c2012a. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Atlas da enfermagem** – Profissionais de enfermagem por sexo no Brasil. c2012b. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

DAL SASSO, G. T. M.; BARBOSA, S. F. F. **Segurança do paciente**: rumo à promoção da cultura da segurança. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. Aula ministrada para o Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. p. 29-109.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov 1990

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf. Acesso em: 13 set. 2016.

FONSECA, L. M. ISO 9001:2015 revision. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON QUALITY ENGINEERING AND MANAGEMENT, 1., 2014, Guimarães. **Proceedings...** Guimarães: ICQEM, 2014. p. 391-400.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista portuguesa de saúde pública**, Lisboa, v. 10, p. 17-26, 2010. Volume temático. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/resources/000001133>>. Acesso em: 23 out. 2016.

GIL, A.C.; YAMAUCHI, N. I. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em Enfermagem. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 565-573, set./dez. 2012.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOMES, D. et al. **Aplicando 5S na gestão da qualidade total**. São Paulo: Pioneira, 2013.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 347-354, abr./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>>. Acesso em: 10 set. 2026.

HAYNES, A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 360, n. 5, p. 491-499, Jan 2009.

HINRICHSEN, S. L. **Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos**. Rio de Janeiro: Med Book, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (Ed.). **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 93-102, jan./fev. 2016.

LEVINSON, D. R. **Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm**. Washington: Department of Health and Human Services, Office of Inspection General, 2012. (OEI-06-09-00091). Disponível em: <<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2026.

LIMA, H. B. et al. Políticas públicas de educação profissional em saúde no Brasil. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Proceedings...** Porto: Atas CIAIQ2016, 2016. p. 1406-1415. v. 2.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM, 2., 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba ABEn- PR, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MEZOMO, J. C. **Qualidade hospitalar: reinventando a administração do hospital**. São Paulo: Cedas, 1992.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Qual Quality & safety in health care**, London, v. 12, n. 4, p. 317, Aug 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: ONA, 2014.

PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: relato de experiência. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2014.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. Prevalência de incidentes sem danos e eventos adverso em uma clínica cirúrgica. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. **Revista Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n. 2, p. 219-231, 2014.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, set. 2007.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições de saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. 2004. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, dez. 2010.

POSSARI, J. F. **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. 2. ed. São Paulo: Érica, 2006.

SCHEFFER, M. (Coord.); CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2.

SILVA, L. D., Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-292, jul./set. 2011.

SORIA-ALEDO, V. et al. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. **Cirugía Española**, Barcelona, v. 90, n. 3, p. 180-185, 2012. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-esp%C3%B1ola-36/dificultades-implantacion-check-list-los-quiroyfanos-cirugia-90101451-originales-2012>>. Acesso em: 23 out. 2016.

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. S. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 3., 2006, p. 1 - 30. **Anais...** [S.l.]: AEDB, 2006. Disponível em: <http://www.professores.aedb.br/seget/artigos06/680_Indicadores%20de%20qualidade%20em%20uma%20Unidade%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: rapid assessment methods for estimating hazards**, report of the WHO working group meeting. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf>. Acesso em 10/09/2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: World Health Organization, 2013a. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 20 out. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety** - programme areas. Geneva: World Health Organization, 2013b. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Engaging patients in medication safety**. Geneva: World Health Organization, 2013c. (66th World Health Assembly). Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/WHA2013_briefing-note.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

ZANON, U. Qualidade da assistência médico hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **Revista de administração em saúde**, São Paulo, v 2, n. 8, p. 15-22, jul./set. 2000.

APÉNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “GERENCIAMENTO DE RISCOS NO CENTRO CIRÚRGICO: ATUAÇÃO NA ÓTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL”. Nesta pesquisa, pretendemos “Analisar a atuação na ótica da equipe multiprofissional quanto ao gerenciamento dos riscos no Centro Cirúrgico”. O motivo que nos leva a estudar é que “O Centro Cirúrgico pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica”.

Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: “Pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva”, “a entrevista apresenta mínimos riscos”, “e não terá ressarcimento”. Para participar deste estudo, o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, Eliane Raimunda de Oliveira Tostes, e a outra será fornecida ao(à) senhor(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Gerenciamento de riscos no Centro Cirúrgico: atuação na ótica da equipe multiprofissional”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br
Nome do Pesquisador Responsável: Eliane Raimunda de Oliveira Tostes
Endereço: Rua Padre Matias 64/408, Morro da Glória
CEP: 36035140 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 988291916
E-mail: elianetostes2004@yahoo.com.br

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



Instrumento de Coleta de Dados Caracterização do Participante

Data Nascimento: ___/___/___ Data Coleta de dados: ___/___/___

Código Participante: _____

Gênero: masculino feminino

Nível de Escolaridade: Fundamental incompleto Fundamental completo

Médio incompleto Médio completo

Superior incompleto Superior completo

Outros especificar

Pós-Graduação: SIM NÃO

Mestrado: SIM NÃO

Doutorado: SIM NÃO

Tempo de Formação: _____ Área de Atuação/ Função: _____

Tempo de Experiência no CC: _____

Carga Horária: _____ Turno de Trabalho: Diurno Noturno

Caracterização do Protocolo de Cirurgia Segura

1) Quais são as dificuldades para aplicação do *checklist* da Cirurgia Segura?

Texto do *checklist* muito longo

Falta de tempo para o preenchimento

Falta de participação da equipe

Falta de explicação sobre o *checklist*

Itens não compreensíveis

Itens não aplicáveis

Outros _____

Não tenho dificuldade

- 2) Qual a importância que você atribui ao Protocolo Cirurgia Segura para a prevenção de infecções cirúrgicas?
- Extremamente importante
 - Muito importante
 - Um pouco importante
 - Sem importância

Aplicabilidade do *Checklist* de Cirurgia Segura

Avaliação da Aplicação do *Checklist* de Cirurgia Segura

- 3) Classifique abaixo os itens do *checklist* de cirurgia segura quanto a seu grau de importância:

Etapa I: Antes da indução anestésica

- A) Paciente confirmou: identidade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento informado
- Extremamente importante
 - Muito importante
 - Um pouco importante
 - Sem importância
- B) Sítio demarcado
- Extremamente importante
 - Muito importante
 - Um pouco importante
 - Sem importância
- C) Verificação de segurança anestésica concluída: oxímetro de pulso, PNI e ECG no paciente e em funcionamento
- Extremamente importante
 - Muito importante
 - Um pouco importante
 - Sem importância
- D) Alergia conhecida
- Extremamente importante
 - Muito importante
 - Um pouco importante
 - Sem importância

E) Via aérea difícil / risco de aspiração

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

F) Risco de Perda Sanguínea

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

G) Antibiótico profilaxia administrada

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

Etapa II: Antes da Incisão Cirúrgica

A) Confirmação da equipe cirúrgica quanto à identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento.

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

B) Eventos críticos previstos (revisão do cirurgião / anestesiológico / enfermagem)

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

C) Profilaxia microbiana foi realizada nos 60 minutos

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

D) Imagens essenciais estão disponíveis

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

Etapa III: Antes de o paciente sair da sala de cirurgia

A) Registro correto do procedimento executado

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

B) Contagem de instrumentais, agulhas e compressas está correta.

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

C) Amostra para cultura ou anatomia patológica está identificada corretamente

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

D) Se há algum problema com equipamento para ser resolvido

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

E) O cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente (especificar critérios mínimos a serem observados)

- Extremamente importante
- Muito importante
- Um pouco importante
- Sem importância

Conhecimento sobre Gerenciamento de Risco no Centro Cirúrgico

- 4) O que você entende por evento adverso no Centro cirúrgico? _____

- 5) Como profissional do centro cirúrgico, você gerencia os riscos no setor? _____

- 6) Quais as barreiras para prevenção dos riscos? _____

APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade e Sigilo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS – CEP / UFJF

36036-900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Pesquisador Responsável: ELIANE RAIMUNDA DE OLIVEIRA TOSTES

Endereço: RUA PADRE MATIAS 64/408 – MORRO DA GLÓRIA

CEP: 36035 - 140/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 88291916

E-mail: elianetostes2004@yahoo.com.br

Eu **Eliane Raimunda de Oliveira Tostes**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado , "Gerenciamento de riscos no Centro Cirúrgico: atuação na ótica da equipe multiprofissional" declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assinando este termo para salvaguardar seus direitos.


Eliane Raimunda de Oliveira Tostes
 Pesquisador responsável

/ Juiz de Fora, 15 de Junho de 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de compatibilidade da pesquisa pela Faculdade de Enfermagem/UFJF



Universidade Federal de Juiz de Fora- Faculdade de Enfermagem

Rua José Lourenço Kelmer, s/n - Campus Universitário. Bairro São Pedro. CEP: 36036-900

Juiz de Fora, MG, Brasil

DECLARAÇÃO

A Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, por ser cenário de formação de recursos humanos e instituição vinculada ao desenvolvimento de pesquisa dispõe de espaço e infraestrutura física para viabilizar o processo de coleta de dados da pesquisa intitulada: “Gerenciamento de riscos no Centro Cirúrgico: atuação na ótica da equipe multiprofissional” cujo o objetivo é analisar a atuação dentro da ótica da equipe multiprofissional quanto ao gerenciamento dos riscos no Centro Cirúrgico. O motivo que nos leva a estudar “O Centro Cirúrgico pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica. Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 25 de Junho de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Denise Barbosa de Castro Friedrich'.

Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Profª. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich

Profª. Dra. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN MG, 024.633

ANEXO B – Autorização da Instituição Cenário para realização da pesquisa



Hospital Regional João Penido
Avenida Juiz de Fora 2555, Gramma, Juiz de Fora – MG, CEP:36.048 – 000
(32) 3691- 9500

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Diretor Hospitalar HRJP

DECLARAÇÃO

Eu **Renê Gonçalves de Matos**, na qualidade de diretor do **Hospital Regional João Penido** autorizo a realização da pesquisa intitulada “Gerenciamento de riscos no Centro Cirúrgico: atuação na ótica da equipe multiprofissional” a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Eliane Raimunda de Oliveira Tostes**, matriculada sob o Nº 102320072, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e cabe acrescentar que Profª Dra. Sonia Maria Dias, professora e orientadora do Programa de Pós Graduação, Mestrado em Enfermagem da FACENF-UFJF integra o grupo de investigador desta pesquisa. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e liberação de acesso aos prontuários. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFJF (CEP/UFJF) e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FHEMIG para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 03 de Agosto de 2015.

Renê Gonçalves de Matos

Diretor Hospitalar
HRJP/FHEMIG
CRF 2439 CPF: 069.772.128-94
RACOSP 12888188

Assinatura

(carimbo da Instituição)

ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO DE RISCOS NO CENTRO CIRÚRGICO: ATUAÇÃO NA ÓTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: ELIANE RAIMUNDA DE OLIVEIRA TOSTES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48091615.3.3001.5119

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.436.766

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Objetivo Principal: Analisar a atuação dentro da ótica da equipe multiprofissional quanto ao gerenciamento dos riscos no Centro Cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores. Entretanto, não foram feitas considerações metodológicas sobre o cálculo amostral do número de sujeitos da pesquisa e número de prontuários que serão avaliados. Não foi apresentada a estatística a ser utilizada quanto ao preenchimento do check-list a ser verificado em

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.436.766

prontuários e número de prontuários a serem avaliados. As autoras citam como benefícios que ..." a presente pesquisa terá como resultado a implantação de protocolo de segurança para a prevenção de erros e eventos adversos" contradizendo a informação do estudo de que a implantação do mesmo se iniciou em outubro de 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto.

Recomendações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2016.

- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552. e-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FHEMIG de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposta, referente a correção do número do CNPJ, para que o referido projeto possa ser replicado a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, MG. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_665021 E1.pdf	19/02/2016 11:19:15		Aceito
Outros	ChecListCirurgia.jpg	30/09/2015	ELIANE RAIMUNDA	Aceito

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-280
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.436.766

Outros	ChecListCirurgia.jpg	08:34:51	DE OLIVEIRA TOSTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto para Comite de Ética (1).pdf	07/08/2015 10:21:15		Aceito
Outros	Declaração de Infera Estrutura Fhemig.pdf	07/08/2015 10:03:06		Aceito
Outros	Termo de Sigilo.pdf	07/08/2015 09:57:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/08/2015 09:56:28		Aceito
Outros	UFJF - Apoio Institucional.pdf	29/06/2015 19:29:33		Aceito
Outros	Declaração UFJF.pdf	29/06/2015 19:28:46		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	29/06/2015 19:27:27		Aceito
Outros	Instrumento de coleta de dados.pdf	15/06/2015 09:43:48		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Março de 2016

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-280
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br

