

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

THÂMÝ CANOVA DA CORREGGIO

**RECOMENDAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

THÂMÝ CANOVA DA CORREGGIO

**RECOMENDAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para a obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde – Área de Concentração: Cuidado Intensivo.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovações no Cuidado.

Orientadora: Dra. Lucia Nazareth Amante.

**FLORIANÓPOLIS
2012**

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

Da Correggio, Thâmy Canova
Recomendações para utilização da Lista de Verificação de
Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um
hospital universitário [dissertação] / Thâmy Canova Da
Correggio ; orientadora, Lúcia Nazareth Amante -
Florianópolis, SC, 2012.
124 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em .

Inclui referências

1. . 2. Segurança do Paciente. 3. Atitude do Pessoal de
Saúde. 4. Centro Cirúrgico Hospitalar. 5. Enfermagem
Perioperatória. I. Nazareth Amante, Lúcia. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em .
III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

“Recomendações para utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital universitário”.

Thâmy Canova Da Correggio

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello

Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Lucia Nazareth Amante (Presidente)

Prof. Dr. Eliane Matos (Membro)

Prof. Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia (Membro)

Prof. Dr. Katia Cilene Godinho Bertoncello (Membro)

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação aos meus pais, Aleir e Rosangela,
sempre presentes em todos os momentos,
me ensinando a viver a vida com dignidade e caráter.
Vocês sempre serão os motivos de minhas conquistas,
pois me proporcionaram a vida, tão desejada...*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas bênçãos recebidas, pelo amparo nos momentos difíceis, pelas portas abertas, pelo auxílio na realização dos sonhos, por ser meu guia, pela sua presença constante em minha vida.

Ao meu irmão Henrique, pela ajuda durante a realização desta dissertação, pelas aulas de inglês, por ser a alegria da nossa casa, por ser meu irmão caçula mais querido, pelas brincadeiras e momentos de descontração... AMO VOCÊ!

Ao meu noivo Eduardo, por enfrentar amorosamente a minha ausência, pela paciência, atenção e carinho nos momentos de estresse e tensão. Por me ensinar a construir, com seu jeito tranquilo, novos conceitos de amor. Não existem palavras que expliquem o quanto eu amo você.

Aos meus eternos amigos residentes, pelas alegrias, pelos desabafos, por todos os momentos que passamos juntos durante a residência e o mestrado. Sempre admirarei a todos, com suas personalidades ímpares, amigos de todas as horas, vocês estarão para sempre no meu coração.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Lucia Nazareth Amante, pelos anos de trabalho desde a época da graduação. Pela paciência e tranquilidade, pelo carinho e dedicação, por acreditar e estimular as minhas potencialidades. Sou extremamente grata pela oportunidade de ser sua orientanda.

Aos professores do Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU-UFSC, pelo compromisso e responsabilidade com o andamento do curso.

Às professoras membros das bancas de qualificação e de sustentação, pelas valiosas contribuições para a melhoria deste trabalho, auxiliando na realização de um sonho.

À equipe de saúde do CC do HU-UFSC, que sempre me acolheu de uma forma carinhosa, por todos estes anos de aprendizado, pelos laços de amizade, carinho e respeito que fizemos. Pelo apoio durante as monografias realizadas e a disposição de todos em participar.

*Aos novos colegas de trabalho do HEMOSC, pelo acolhimento, pela troca de experiências, pelos ensinamentos, por ser minha outra casa. Especialmente, às enfermeiras **Liliane, Roberta, Gabriela e Beatriz** que fazem da vida um poço de alegrias, obrigada pela colaboração e compreensão das necessidades para que esta dissertação se efetivasse. Obrigada por me deixar conhecer cada um de vocês.*

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação e para a minha caminhada, que hoje se encontra com mais brilho e dignidade.

Muito obrigada.

*“Se as coisas são inatingíveis ... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!”*
(Mário Quintana)

DA CORREGGIO, Thâmy Canova. **Recomendações para utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital universitário.** 2012. 125f. Dissertação - Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Área de Concentração: Cuidado Intensivo.

Orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovações no Cuidado.

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial de abordagem qualitativa, que teve como questão de pesquisa: Quais as fragilidades, potencialidades e recomendações dos profissionais que atuam em Centro Cirúrgico para a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário? Com o objetivo de identificar com os profissionais de saúde que atuam em Centro Cirúrgico as fragilidades, potencialidades e recomendações na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário. Participaram da pesquisa 23 profissionais do Centro Cirúrgico. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2012 e como instrumentos de pesquisa foram utilizados a observação participante guiada pela Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e entrevistas, utilizando um formulário de questões abertas, para obter as impressões dos participantes sobre o uso da lista. O registro destas informações foi realizado através de gravações em fitas e em diário de campo. Foram realizados dois encontros com os participantes, o primeiro para apresentar o projeto de pesquisa e a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, obter o consentimento dos participantes, testar o uso da lista e aplicar a primeira entrevista individual para obter as primeiras impressões da vivência dos participantes; o segundo foi para obter a avaliação de cada participante frente à aplicação da lista. As entrevistas foram interrompidas quando houve a saturação dos dados. Para a análise dos dados, os resultados foram incluídos na fase de interpretação da pesquisa convergente assistencial que constou de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados revelaram que os profissionais são favoráveis à experiência de usar a

lista, avaliando-a como objetiva e simples e que contempla itens essenciais de segurança, aprovando seu uso na instituição. Entretanto, as dificuldades dos médicos responderem aos questionamentos e se adequarem à lista, assim como a rapidez nos procedimentos e o tempo de aplicação foram citadas por poucos profissionais. Como recomendações para o uso da lista, alguns revelaram que precisa ser um hábito, um costume e que necessita de orientação e conscientização da equipe para seu bom andamento; outros sugeriram o silêncio e a atenção durante as checagens. E no que se referem aos itens de verificação da lista, poucos destacaram a apresentação da equipe na sala operatória como dispensável. Ressalta-se a necessidade da adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como rotina tendo em vista que a oportunidade dos profissionais em utilizar permitiu comprovar todo seu conteúdo teórico. Sendo assim, recomenda-se que seja feito um acompanhamento dos profissionais na utilização desta nova prática até que seja adaptada como rotina desta unidade.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Atitude do Pessoal de Saúde. Centro Cirúrgico Hospitalar. Enfermagem Perioperatória

DA CORREGGIO, Thâmy Canova. **Recommendations for use of the Checklist Surgical Safety of the World Health Organization in a university hospital.** 2012. 125p. Dissertation – Program Associated Professional Master Home Health Multidisciplinary, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
Concentration Area: Intensive Care.

Academic Tutor: Dra. Lúcia Nazareth Amante.

Line of research: Technology and Innovations in Care.

ABSTRACT

This is a Convergent Care Research qualitative approach, which was to research question: What are the weaknesses, strengths and recommendations of professionals working in Surgical Center for the use of the Checklist Surgical Safety of the World Health Organization on Surgical Center a University Hospital? Aiming to identify health professionals who work in the surgical weaknesses, potential and recommendations on the use of the Checklist Surgical Safety of the World Health Organization Surgical Center in a University Hospital. Participants were 23 professionals Surgical Center. Data collection occurred from August to September 2012 and as research tools were used participant observation guided by Checklist Surgical Safety and interviews, using a form of open-ended questions to get the impressions of the participants on the use the list. The record of this information was done through tape recordings and field diary. Two meetings were held with the participants, the first to introduce the research project and Checklist Surgical Safety, obtain the consent of the participants, to test the use of the list and apply the first individual interview to get the first impressions of the experience of participants and the second was for the assessment of each application participant front of the list. The interviews were interrupted when there was data saturation. For data analysis, the results were included in the interpretation phase of the convergent which consisted of four generic processes: gathering, synthesis, theory and transfer. The results revealed that professionals are favorable to the experience of using the list, evaluating it as objective and simple and that includes essential safety items, approving its use in the institution. However, the difficulties of physicians responding to the questions and fit the list, as well as the speed in procedures and application time were cited by a few professionals. As recommendations for the use of the list, revealed that some need to be a habit, a habit

which needs guidance and team awareness for their good progress, others have suggested the silence and attention during the checks. And the items that refer to check the list, the presentation highlighted a few of the team in the operating room as expendable. We emphasize the need to adopt the Checklist Surgical Safety routinely considering that the opportunity for professionals to use has demonstrated throughout its theoretical content. Therefore, it is recommended that monitoring is done by professionals in using this new practice until adapted routine of the unit.

Key words: Patient's Safety. Health Care Team Attitudes. Surgery Center. Perioperative Nursing.

DA CORREGGIO, Thâmy Canova. **Recomendaciones para el uso de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud en un hospital universitario.** 2012. 125h. Disertación - Programa Profesional Masters asociado con el Sistema Integrado de Vivienda Multidisciplinaria de Salud del Hospital Universitario, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Área de Concentración: Cuidados Intensivos.

Orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante.

Línea de Investigación: Tecnología e Innovación en Cuidado.

RESUMEN

Este es un enfoque cualitativo de Investigación en Atención convergente, que era a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las debilidades, fortalezas y las recomendaciones de los profesionales que trabajan en el Centro de Cirugía para la utilización de la lista de verificación quirúrgica de Seguridad del Centro Mundial de la Salud Hospital Universitario quirúrgico? Con el objetivo de identificar a los profesionales de la salud que trabajan en las debilidades, posibilidades quirúrgicas y recomendaciones sobre el uso de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud Centro quirúrgico en un hospital universitario. Participaron 23 profesionales del Centro Quirúrgico. Los datos fueron recolectados entre agosto y septiembre de 2012 y como herramientas de investigación se utilizó la observación participante guiada por la Seguridad Checklist quirúrgico y entrevistas, mediante un formulario de preguntas abiertas para obtener las impresiones de los participantes en el uso la lista. El registro de esta información se realiza a través de grabaciones y diario de campo. Se celebraron dos reuniones con los participantes, la primera en presentar el proyecto de investigación y seguridad Lista de comprobación quirúrgica, obtenga el consentimiento de los participantes, para probar el uso de la lista y aplicar la entrevista individual primeros en tener las primeras impresiones de la experiencia de los participantes y el segundo fue para la evaluación de cada participante frente a la aplicación de la lista. Las entrevistas fueron interrumpidas cuando hubo saturación de datos. Para el análisis de datos, los resultados se incluyeron en la fase de interpretación de la convergente que consistía en cuatro procesos genéricos: la recolección, síntesis, y la teoría de la transferencia. Los resultados revelaron que los profesionales son favorables a la

experiencia del uso de la lista, su evaluación lo más objetiva y simple, y que incluye los elementos esenciales de seguridad, que aprueba su uso en la institución. Sin embargo, las dificultades de los médicos responde a las preguntas y colocar la lista, así como la rapidez de los procedimientos y el tiempo de aplicación fueron citados por algunos profesionales. Dado que las recomendaciones para el uso de la lista, reveló que algunos tienen que ser un hábito, un hábito que necesita orientación y sensibilización equipo por su buen progreso, otros han sugerido que el silencio y la atención en los controles. Y los artículos que se refieren a revisar la lista, la presentación destacó algunos de los equipo en el quirófano como prescindible. Hacemos hincapié en la necesidad de adoptar la lista de verificación quirúrgica rutinaria de seguridad teniendo en cuenta que la oportunidad para los profesionales de utilizar ha demostrado a lo largo de su contenido teórico. Por lo tanto, se recomienda que la supervisión es realizada por profesionales en el uso de esta nueva práctica hasta rutina adaptada de la unidad.

Palabras claves: Seguridad del Paciente. Actitud del Personal de Salud. Centro Quirúrgico Hospitalario. Enfermería Perioperatoria.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------------|--|
| AE | Auxiliar de Enfermagem |
| AHRQ | Agência de Investigação de Saúde e Qualidade dos Estados Unidos da América |
| AORN | Association of Perioperative Registered Nurses |
| ASA | American Society of Anesthesiologists |
| BVS/BIREME | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CC | Centro Cirúrgico |
| CEPSH | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COSEP | Comitê de Segurança do Paciente |
| DENT | Dentista |
| EA | Evento Adverso |
| ENF | Enfermeiro |
| FMAQ | Questionário de Atitudes de Gestão do Vão |
| HSC | Hospital Santa Catarina |
| HSOPS | Hospital Survey of Patient Safety Culture |
| HU | Hospital Universitário |
| IC | Instrumentador Cirúrgico |
| ICPS | Classificação Internacional para Segurança do Paciente |
| INSAG | International Safety Advisory Group |
| LVSC | Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica |
| MaPSCAT | Ferramenta de Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente de Manchester |
| MD | Médico |
| MS | Ministério da Saúde |
| NEC | Núcleo de Engenharia Clínica |
| NHB | Necessidades Humanas Básicas |
| NUVISA | Núcleo de Vigilância Sanitária |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PCA | Pesquisa Convergente-Assistencial |
| PEN | Programa de Pós-Graduação em Enfermagem |
| POI | Pós-Operatório Imediato |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (continuação)

| | |
|----------------|---|
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SAEP | Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória |
| SAQ | Safety Attitudes Questionnaire |
| SEPAESC | Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina |
| SO | Sala Operatória |
| SRPA | Sala de Recuperação Pós-Anestésica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TE | Técnico de Enfermagem |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | 19 |
| 1 INTRODUÇÃO | 23 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 29 |
| 2.1 PERÍODO PERIOPERATÓRIO: A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM..... | 29 |
| 2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE | 31 |
| 2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 37 |
| 2.3.1 Cultura Organizacional e Cultura de Segurança..... | 38 |
| 2.4 SEGURANÇA CIRÚRGICA: O SEGUNDO DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 44 |
| 2.5 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA..... | 47 |
| 2.6 ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONAIS E MATERIAIS DO AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO | 50 |
| 2.7 ATUALIDADE EM PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO..... | 51 |
| 2.7.1 Manuscrito 1 - Enfermagem e a Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Uma revisão Integrativa.. | 52 |
| 3 MÉTODO..... | 75 |
| 3.1 NATUREZA, TIPO E ASPECTOS ÉTICOS DE PESQUISA..... | 75 |
| 3.2 LOCAL..... | 76 |
| 3.2.1 Contextualização do Centro Cirúrgico | 76 |
| 3.3 SUJEITOS | 78 |
| 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..... | 79 |
| 3.5 A COLETA DOS DADOS | 80 |
| 3.6 A ANÁLISE DOS DADOS | 81 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS..... | 82 |

| | |
|---|------------|
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 85 |
| 4.1 MANUSCRITO 2 - FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO..... | 85 |
| 4.2 MANUSCRITO 3 - RECOMENDAÇÃO E COMPORTAMENTO DA EQUIPE CIRÚRGICA NA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO | 99 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 113 |
| REFERÊNCIAS..... | 115 |
| APÊNDICES | 127 |
| ANEXOS..... | 135 |

1 INTRODUÇÃO

O período perioperatório é um momento crítico do estado de saúde e doença do indivíduo devido à exposição aos riscos de um procedimento cirúrgico e as suas complicações. Esta área exige uma base ampla de conhecimentos, memória instantânea da ciência cirúrgica, diversidade de pensamentos e ações, resistências, tanto física quanto mental, e flexibilidade necessária durante a assistência dos profissionais que atuam neste local (ROTHROCK, 2007).

Assim, o enfermeiro de centro cirúrgico (CC) exerce um papel complexo, pois precisa interligar os aspectos científicos e humanos, referentes ao atendimento ao paciente e ao relacionamento interpessoal que geralmente é dificultado em unidades de trabalho fechadas, onde várias profissões da saúde interagem (URSI; GALVÃO, 2006). Estas especificidades do período perioperatório foram muito discutidas ao longo do tempo, porém, a partir de 2002 vêm preocupando a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) quando relacionados à segurança do paciente, resultando na criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em outubro de 2004 (OMS, 2009a).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente surgiu com o intuito de conscientizar os profissionais da saúde a desenvolver boas práticas assistenciais para a melhor segurança na assistência à saúde. Para que isto seja possível são criados novos programas a cada dois anos, os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente.

O primeiro Desafio Global referiu-se às infecções relacionadas à assistência à saúde; o segundo referiu-se aos fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, com o tema Cirurgias Seguras Salvam Vidas, considerada uma prioridade em saúde pública; e o terceiro refere-se à Resistência Antimicrobiana, com o tema A ameaça da evolução da resistência antimicrobiana, alegando que o uso desnecessário e inadequado de antibióticos favorece o surgimento e disseminação de bactérias resistentes (OMS, 2009a).

Estas ações criadas pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente são necessárias para reduzir a ocorrência de eventos adversos que acontecem diariamente em diversas instituições no mundo inteiro. No Brasil, embora não tenhamos dados estatísticos, podemos estimar a ocorrência de 6.801 eventos adversos por dia, 204.030 por mês e 2.4823.65 por ano, uma vez que temos 6.801 hospitais, de acordo com a

Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2011). Considerando a rede existente na Grande Florianópolis, temos 12 hospitais, incluindo rede privada e pública e, de forma hipotética, fundamentando os dados no artigo anterior, se considerarmos a ocorrência de, no mínimo, 1 evento adverso em cada instituição, poderíamos ter 12 eventos adversos por dia, 360 eventos por mês e 4.380 eventos por ano.

As causas-raiz destes eventos adversos podem estar relacionadas: à instituição de saúde; à organização e gestão; ao ambiente de trabalho; à equipe multidisciplinar da saúde; ao indivíduo, à função/tarefa e ao paciente (VICENT, 2003; LASELVA; MOURA JÚNIOR; SPOLAORE, 2009; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; WACHTER, 2010).

Os profissionais da saúde tentam resolver a falta de confiança nos sistemas de cuidado e se esforçam para melhorar a prestação do cuidado e fornecer segurança à população. Porém, para que este problema seja resolvido é necessário mudar a cultura do cuidado em saúde, sendo os erros percebidos, não como fruto da incompetência humana, mas como uma oportunidade de melhoria do sistema (IOM, 2001).

Esta cultura de segurança se traduz como a soma dos valores, práticas e atitudes individuais que guiam a conduta dos membros de um grupo. As suas características são o compromisso para discutir e aprender com os erros que são possíveis e preveníveis, identificar as ameaças previamente e congregar um sistema não-punitivo que informe e analise os eventos adversos (BIRNBACH et al., 2008).

Para que a cultura de segurança seja incorporada às instituições e que seus profissionais utilizem boas práticas assistenciais que reduzam os erros decorrentes da assistência em saúde várias estratégias podem ser adotadas visando criar sistemas mais seguros, entre elas se destacam: simplificação, padronização (protocolos), utilização de repetições, melhoria das condições de trabalho, da comunicação em equipe e o aprendizado com os erros passados (LASELVA; MOURA JÚNIOR; SPOLAORE, 2009; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; WACHTER, 2010).

Quando nos referimos à padronização através de protocolos para criar um sistema de trabalho mais seguro, estamos incluindo todas as áreas da saúde, porém, neste estudo, daremos ênfase maior à área cirúrgica, através do Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente. Neste desafio existem quatro linhas de trabalho que foram avaliadas de acordo com suas evidências e resumidas para embasar um *checklist* da sala de operação (SO), a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC): prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas eficientes e mensuração da assistência cirúrgica.

Este desafio e suas linhas de trabalho, uma vez incorporados aos centros cirúrgicos e clínicas cirúrgicas das instituições públicas brasileiras, têm a oportunidade de fornecer cirurgia segura aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da conscientização dos profissionais acerca da esterilização efetiva dos instrumentais, da antibioticoprofilaxia, dos riscos aos quais o paciente está exposto, da realização de uma visita pré-anestésica qualificada e da vigilância de rotina que avalia e mensura os serviços cirúrgicos (OMS, 2009a).

Esta lista, criada pela OMS, assegura que elementos-chave de segurança incorporem a rotina da SO. Existe uma seqüência 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. No período pré-operatório são abordados: a conscientização do paciente sobre o procedimento, sua identificação, confirmação do sítio cirúrgico e da cirurgia realizada; segurança dos equipamentos anestésicos e medicações a serem administradas; presença dos exames pré-operatórios e prontuário completo na SO. 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 (OMS, 2009a).

No hospital universitário onde este estudo foi realizado, a LVSC preconizada pela OMS não é ainda utilizada como forma de registro institucional. Tanto a Enfermagem quanto a Medicina fazem registros que permitem o acompanhamento da evolução do paciente no CC. Os anestesiológicos desta instituição utilizam um instrumento de coleta dos dados perioperatórios: no pré-anestésico referente às medicações em uso, reações alérgicas, comorbidades e estado geral do paciente; no transoperatório referente aos dados hemodinâmicos do paciente, intercorrências em SO, medicações administradas e tipo de anestesia; e no pós-operatório imediato (POI) contém o Índice de Aldrette¹, controle

¹ Método de controle das funções fisiológicas dos pacientes durante o período pós-operatório imediato, com uma pontuação de 0 a 2 para a variação da atividade motora, função respiratória e circulatória, estado de consciência e o nível de saturação de oxigênio, considerados parâmetros clínicos marcadores dos sistemas fisiológicos comprometidos pelo procedimento anestésico

hemodinâmico, prescrição anestésica e espaço para alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Os cirurgiões registram a técnica cirúrgica utilizada no procedimento nos relatórios de cirurgia disponibilizados pela instituição (Anexos A ao E).

Já o cuidado de enfermagem segue a Metodologia da Assistência de Enfermagem, norteadas pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (1979), sendo utilizados instrumentos perioperatórios diferentes para a coleta dos dados no decorrer da assistência, todos preenchidos por enfermeiros. Fazem parte do registro do cuidado de enfermagem perioperatória os seguintes instrumentos: o instrumento pré-operatório que envolve preparo para a cirurgia e funciona como um *check-list*; e o instrumento transoperatório que possibilita o registro da assistência intra-operatória, incluindo as prescrições de enfermagem para o pós-operatório (Anexos F ao H).

As informações contidas neste instrumento e a assistência prestada por estes profissionais corroboram para a prática de atitudes seguras, no entanto existem lacunas a serem preenchidas tais como a segurança do ambiente e dos materiais utilizados durante o processo, uma vez que a abordagem destes itens na assistência promove um cuidado controlado. Um ambiente seguro incorpora aspectos que previnem ou controlam o risco de infecção, incêndio, explosão e riscos químicos e elétricos, sistemas de manipulação de materiais, sistemas de descarte, espaço adequado para acomodar a tecnologia empregada, SO amplas. Quanto aos materiais utilizados precisam ser não-porosos, lisos, fáceis de limpar, impermeáveis e não-inflamáveis (ROTHROCK, 2007). Por outro lado, os instrumentais cirúrgicos serão utilizados somente se o pacote estiver íntegro, isento de corpos estranhos em seu interior e não danificados e o fluxo destes materiais deve ser unidirecional, sem cruzamento de materiais estéreis com contaminados.

Com isso, percebemos que as lacunas existentes no serviço podem ser complementadas pela LVSC, possibilitando um método simplificado de registro da assistência transoperatória, com ampla aplicabilidade, além de auxiliar as equipes cirúrgicas na redução de danos ao paciente, reforçar práticas de segurança, favorecer uma comunicação adequada entre as equipes e um melhor trabalho multidisciplinar. (OMS, 2009b). Além disso, a sua implementação está associada à redução nas complicações cirúrgicas e na mortalidade em

somando pontuação máxima 10, estado em que o paciente recebe alta da SRA (Aldrette; Kroulik, 1970).

hospitais com altos padrões de cuidado (VRIES; PRINS; CROLLA, 2010). Em um estudo realizado em oito hospitais de oito cidades, também houve redução da taxa de mortalidade de 1,5% antes da introdução da LVSC para 0,8% ($p=0,003$) após sua implantação; assim como da redução das complicações cirúrgicas em paciente internados, de 11% dos pacientes para 7,0% ($p<0,001$) (HAYNES; WEISER; BERRY, 2009).

Partindo destas pressuposições, das atualizações constantes que vimos realizando no âmbito profissional acerca deste tema e da preocupação com a cirurgia segura dos pacientes do SUS que internam neste hospital, apresentamos como questão de pesquisa: Quais as fragilidades, potencialidades e recomendações dos profissionais que atuam em CC para a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário?

E como objetivo do estudo: *Identificar com os profissionais que atuam em CC as fragilidades, potencialidades e recomendações na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário.*

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PERÍODO PERIOPERATÓRIO: A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ao longo do tempo, a cirurgia sofreu influência das evoluções técnico-científicas ocorridas em todos os ramos das ciências físicas e biológicas, assim como da produção de equipamentos altamente especializados, possibilitando exatidão do diagnóstico clínico pré-operatório e segurança na indicação cirúrgica como terapêutica (BENEDET, 2009).

Juntamente a esta evolução, a enfermagem de CC também se tornou mais complexa e científica, deixando de ser responsável somente pelo ambiente seguro, limpo e confortável para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico e passando a realizar pesquisas na área da enfermagem cirúrgica, melhorando a qualidade da assistência perioperatória (FONSECA; PENICHE, 2009).

A partir da fundação da *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN), em 1949, com o intuito de formar um corpo de conhecimentos para os enfermeiros de CC e promover a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, observamos um avanço nas pesquisas na área do CC, principalmente sobre a assistência de enfermagem perioperatória direcionada à necessidade de conhecimento em relação à saúde e ao cuidado prestado ao paciente, família e comunidade (BENEDET, 2009; FONSECA, PENICHE, 2009).

Em consequência do progresso da enfermagem perioperatória, o papel do enfermeiro no CC também evoluiu ao integrar as atividades técnicas, administrativas, assistenciais, de ensino e pesquisa, tornando este local uma área especializada e complexa, por realizar atendimentos a milhões de pacientes de risco, necessitando de uma assistência planejada, organizada e de uma equipe coesa e especializada.

Os dados da OMS ilustram uma estimativa mundial de 63 milhões de pessoas ao ano que são submetidas a cirurgias por traumas, 10 milhões por complicações obstétricas e 31 milhões para tratamento de patologias malignas (OMS, 2009a). Estes números comprovam a necessidade de uma assistência em saúde segura e de qualidade, uma vez que frequentemente a cirurgia é o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de mortes causadas por enfermidades comuns. Não obstante que os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos consideráveis com implicações

significativas para a saúde pública. A cada ano, no mínimo, sete milhões de pacientes sofrem de complicações cirúrgicas e destes, no mínimo, um milhão morrem no trans ou pós-operatório (OMS, 2009a).

Os eventos adversos sérios relacionados à cirurgia, como: 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 intra-operatório ou pós-operatório imediato, em paciente classificados como *American Society of Anesthesiologists* (ASA) I, justificam a implantação de protocolos, por instituições governamentais e privadas, para prevenir os erros e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico (VENDRAMINI, 2010). A ASA é um critério de classificação do estado físico do paciente cirúrgico para a avaliação pré-anestésica adotado pela Sociedade Americana de Anestesiologistas com o intuito de apurar sua mortalidade (DUARTE, FERREIRA, 2006).

Este problema de segurança cirúrgica vem se expandindo mundialmente e pode ser atribuído ao *déficit* de infra-estrutura e de materiais, à qualidade das medicações, aos problemas administrativos das instituições e dificuldade no controle das infecções, educação em serviço insuficiente e *déficit* de recursos financeiros. Por isso, um movimento global realizado pela OMS tem o intuito de abranger todos estes sistemas visando assistência cirúrgica mais segura para salvar vidas de milhões de pessoas pelo mundo ao propor um plano intervencionista. (OMS, 2009a).

As intervenções utilizadas pela OMS para melhorar a segurança cirúrgica, com redução do número de mortes e de complicações associadas incluem o fornecimento de informações sobre a função e os padrões de segurança cirúrgica em saúde pública aos médicos, administradores hospitalares e funcionários públicos de saúde; determinação do mínimo de medidas uniformes ou de indicadores cirúrgicos, para a vigilância nacional e internacional da assistência à saúde; identificação de um conjunto simples de padrões de segurança que possam ser usados em todos os países e cenários e que sejam reunidos em uma lista de verificação de segurança cirúrgica para uso nas SO; testagem desta lista e das ferramentas de vigilância em sítios-piloto em todas as regiões da OMS e distribuição mundial para os hospitais (OMS, 2009a).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

A *International Classification for Patient Safety* (ICPS) da OMS define como segurança do paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). É um princípio fundamental do cuidado do paciente e um componente crítico do gerenciamento da qualidade (DAL SASSO, BARBOSA, 2010).

A segurança é um dos critérios básicos para a garantia da qualidade da assistência ao paciente, sendo fundamental adotar estratégias para reduzir os erros e eventos adversos nas instituições de saúde. Estes erros podem ser prevenidos através da implantação de medidas simples e seguras que precisam ser divulgadas e adotadas (VENDRAMINI, 2010).

A partir de 2002, a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) vêm se preocupando com a magnitude deste problema e criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em outubro de 2004. Este grupo surgiu com o intuito de conscientizar os profissionais da saúde a desenvolver boas práticas assistenciais para melhorar a segurança na assistência à saúde (OMS, 2009a) por meio de três áreas de trabalho: avaliar e entender os problemas do cuidado inseguro, desenvolver normas e estabelecer regras para reduzir os danos e melhorar o acesso ao conhecimento, utilização e avaliação do impacto.

A primeira área de trabalho envolve a comunicação e aprendizagem para a segurança do paciente com o objetivo de criar sistemas de vigilância e de comunicação em nível mundial para socializar com os gestores da saúde a magnitude do problema e elencar ações prioritárias: a ICPS foi criada para aplicar uma classificação internacional e descrever os incidentes da segurança do paciente; e a Pesquisa para a Segurança do Paciente, programa desenvolvido para apoiar iniciativas de pesquisas com instrumentos adaptados aos contextos com financiamento dos mesmos (WHO, 2008).

A segunda área de trabalho envolve as soluções para a segurança do paciente com o intuito de criar estados-membros com evidências e informações confiáveis para a solução da segurança; elencando cinco problemas principais, quais sejam: o desenvolvimento de estratégias para promover a melhoria no acesso e no uso das evidências de solução da segurança do paciente juntamente aos estados-membros e a Tecnologia para a segurança do paciente com o objetivo de identificar

áreas de utilização da tecnologia que melhore a segurança do cuidado, facilitando a comunicação e a transmissão da informação (WHO, 2008).

E a terceira área de trabalho lança campanhas mundiais a cada dois anos, os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, para que os profissionais desenvolvam boas práticas assistenciais para melhorar a segurança na assistência à saúde (WHO, 2008).

O primeiro Desafio Global referiu-se às infecções relacionadas à assistência à saúde e à higiene das mãos, intitulado *Cuidado Limpo é Cuidado Mais Seguro*. Foi criado para conscientizar sobre a relação da higiene das mãos com a prevenção de infecções relacionadas ao cuidado a nível mundial, uma vez que ocorrem complicações em 5 a 10% das admissões em unidades de cuidados intensivos, nos países industrializados, e um aumento para mais de 25% nos países em desenvolvimento (WHO, 2008).

O segundo refere-se aos fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, buscando reduzir os danos causados pelos procedimentos cirúrgicos, *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*, considerada uma prioridade em saúde pública (OMS, 2009a). Com início no ano de 2007, o intuito era de melhorar a segurança cirúrgica em nível mundial por meio de normas mínimas de segurança a serem aplicadas em todos os países, uma vez que o crescimento do tratamento cirúrgico como opção de cuidado de saúde tornou-se um impacto para a saúde pública, com cerca de um procedimento para cada 25 pessoas vivas. Uma estimativa mostra que com estas medidas de segurança, até 50% das complicações e mortes poderão ser evitadas (WHO, 2008).

O terceiro desafio refere-se à Resistência Antimicrobiana, com o tema *A ameaça da evolução da resistência antimicrobiana*, alegando que o uso desnecessário e inadequado de antibióticos favorece o surgimento e disseminação de bactérias resistentes (OMS, 2009a). Os trabalhos foram iniciados no ano de 2010, expondo que diversas doenças não são mais tratadas com antibióticos simples devido à resistência destes microrganismos, tornando-se uma grande ameaça ao tratamento e controle das infecções em geral (WHO, 2008).

Além da OMS, a *Join Commission International* (2008) estabeleceu oito metas internacionais para a segurança do paciente para a realização de práticas seguras, entre elas:

1. Melhorar a identificação do paciente;
2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
3. Melhorar a segurança no uso de medicações;
4. Conferir e avaliar com periodicidade os medicamentos usados na continuidade do cuidado;
5. Reduzir o risco de infecções associadas à assistência à saúde;
6. Reduzir o risco de dano ao paciente resultante de quedas;
7. Incentivar o envolvimento do paciente no seu cuidado como estratégia de segurança;
8. Estimular o hospital na identificação dos riscos à segurança inerentes ao tipo de população atendida.

O tema tornou-se assunto central na estratégia de várias organizações internacionais, como: a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada pela Organização Mundial de Saúde em 2004; o Grupo de Alto Nível para Serviços de Saúde e Cuidados Médicos da Europa; a conferência da presidência Luxemburguesa da União Européia em 2005; a reunião final da Federação Européia de Hospitais e Serviços de Saúde, *Exchange Programme*, em 2005, com o tema *Segurança do Paciente: Aprender, Partilhar, Melhorar* (PAESE, 2010).

No âmbito nacional, um documento estratégico, intitulado de *Sete Passos para a segurança do paciente: um guia para o Serviço Nacional de Saúde*, foi desenvolvido pela Agência Nacional de Segurança do Paciente com o intuito de definir alguns pontos a serem adotados para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

Além de toda a repercussão nacional e mundial que a segurança do paciente vem acarretando, este moderno movimento também traz a sugestão de uma nova prática, uma nova abordagem. A prática da culpabilidade individual precisa ser substituída pelo modelo mental sistêmico, *Sistemas pensantes*, que tem a ideia de repensar a assistência realizando a correção necessária. Esta prática alega que os humanos podem errar e que é necessário criar sistemas que antecipem, previnam e interceptem os erros, porém vêm sendo ignoradas na área da saúde, por mais que seja fundamental no processo de melhoria da segurança (WACHTER, 2010).

Os erros no processo de cuidado podem resultar em graves prejuízos, levando inclusive as pessoas à morte (WHO, 2005). Erros médicos podem ser considerados o fracasso de uma ação planejada, intencional ou não, ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Erro de execução é quando uma ação planejada não é

executada, é intencional. Erro de planejamento é o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Erro de omissão é quando algo que deveria ser feito não foi feito. Sendo assim, erros são fracassos do sistema incluindo limitações humanas, organizacionais e técnicas de desempenho, havendo ou não consequências adversas (ILAN et al, 2005).

É necessário compreender os fatores causais dos erros humanos e não pensarmos que estes são a causa dos acidentes, pois os acidentes não acontecem por um único problema e sim a partir de falhas humanas, organizacionais e técnicas; nem somente pelo profissional de saúde que atua na assistência, devendo-se incluir, sobretudo, os gestores das instituições (OBADIA, 2004).

O quase-acidente é um evento em que as consequências indesejáveis foram revertidas porque se descobriu com antecedência e se corrigiu a falha, planejada ou não planejada (QUINTO NETO, 2006). Já os eventos adversos são injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). É o resultado ruim da assistência, é uma ocorrência que acontece durante o cuidado à saúde e que pode resultar em injúria, dano físico ou psicológico para o paciente, ou dano para a missão da organização (QUINTO NETO, 2006).

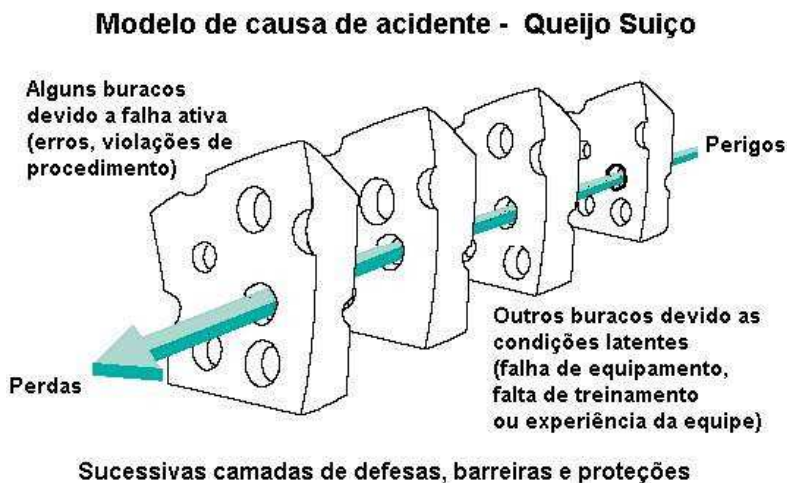
Atualmente, entendemos que a ocorrência de um único erro na ponta do processo não é suficiente para causar dano. Um evento sem dano é um evento que ao acontecer não resulta em dano real, embora o potencial para o dano possa estar presente. A falta do dano pode ser devida a uma robusta fisiologia humana ou pura sorte (QUINTO NETO, 2006). O dano quando associado ao cuidado de saúde é o dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de uma doença de base ou lesão (SILVA, 2009); advém de um procedimento clínico ou como um resultado de uma decisão clínica (WHO, 2005).

O Modelo do Queijo Suíço, criado pelo psicólogo britânico James Reason (Figura 1), enfatiza que os erros precisam transcender as barreiras, neste caso as fatias do queijo suíço, para causar um resultado devastador. Este modelo também ressalta que quando os erros são analisados é necessário concentrar a atenção em suas causas-raiz, ou seja, “não só na causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas em todas as condições subjacentes que tornam o erro possível” (WACHTER, 2010, p.36). Ressalta-se que as causas-raiz dos erros ou

eventos adversos podem estar relacionadas à instituição de saúde, à organização e gestão, ao ambiente de trabalho, à equipe multidisciplinar de saúde, ao indivíduo, à função ou tarefa e ao paciente (VINCENT, 2003; LASELVA; MOURA JÚNIO; SPOLAORE, 2009; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; WACHTER, 2010).

Com este modelo, Reason afirmou que o foco das atenções deve ser na tentativa de diminuir os buracos do queijo, os chamados erros *latentes*, e criar várias camadas de proteção para impedir que os buracos fiquem alinhados e que o erro perpassasse; e não na tentativa de alcance de um comportamento humano perfeito (WACHTER, 2010).

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



Fonte: WACHTER, 2010, p.36

Segundo Obadia (2004), essas camadas de proteção, também chamadas de barreiras de defesa, podem ser violadas pelo próprio ser humano e podem ocorrer de duas formas:

1. Por erros e violações que ocorrem no final do processo, gerando ações inseguras com impacto sobre a segurança, sendo chamadas de falhas ativas devido à aproximação com seus efeitos adversos.

2. Por erros ou violações de procedimentos que acontecem devido aos fatores organizacionais, os chamados erros latentes. Eles podem estar presentes em uma organização por vários anos e atuar conjuntamente às circunstâncias locais e às falhas ativas para adentrar nas barreiras de defesa. Os erros latentes procedem de decisões feitas pelos gestores e o seu impacto acomete toda uma organização, gerando uma cultura organizacional e promovendo a ocorrência de erros nos locais de trabalho.

A melhor forma de prevenir o erro humano é atuar por meio da gestão do ambiente e de trabalho ao invés de focar as atenções e esforços no indivíduo que falhou. Os fatores organizacionais como planejamento, recursos, práticas de gestão e comunicação, por exemplo, refletem nas tendências naturais dos seres humanos podendo gerar atos inseguros pelo profissional da ponta. Por este motivo, precisam ser desenvolvidas na instituição condições psicológicas ligadas à segurança como clima de confiança, ausência de medo, domínio das condições de trabalho e boa comunicação (OBADIA, 2004).

A ocorrência de incidentes pode indicar a presença de condições latentes aliadas aos processos organizacionais ou devido às disfunções nestes processos que podem ser de três tipos: através da redução do desempenho dos profissionais, chamada de disfunção operativa, através da demanda aumentada, chamada de disfunção coletiva; ou ambas, chamada de disfunção sistêmica. As causas desses acontecimentos deveriam ser analisadas para corrigir as diversas deficiências e reduzir a ocorrência de acidentes posteriores (OBADIA, 2004).

Incidentes ou quase-perdas são complicações decorrentes do cuidado à saúde que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Estes lembram aos profissionais e gestores dos perigos presentes no sistema, diminuindo o pensamento de esquecer o medo, e reforça a importância de existir uma cultura de relato na instituição para incentivar a conscientização dos profissionais no sentido de relatar os eventos, inclusive nos quais tenham participado (REASON, 1999).

Os fatores envolvidos na cultura organizacional que fundamentam a segurança de uma organização precisam ser aprimorados dentro das instituições e Reason (1999) comenta sobre os cinco fatores:

1. Específicos relacionados com segurança: relatos de acidentes e incidentes, política de segurança;
2. De gestão: gestão de mudanças, comunicação, liderança;

3. Técnicos: gestão de manutenção, relação homem-sistema, automatização;
4. Procedimentais: normas, procedimentos operacionais, regras;
5. Treinamento: habilidades e competências, setor de treinamento. Sendo distribuído nos demais fatores ao invés de ser um grupo isolado.

Estes fatores precisam ser monitorados, incluindo a cultura local, com o objetivo de identificar quais deles possuem necessidade maior de aprimoramento e de avaliar sua efetividade (OBADIA, 2004). Para avaliar a efetividade da segurança em um determinado local é necessário notificar a ocorrência dos eventos. Através da notificação destes eventos e de sua avaliação, é possível estabelecer condutas decorrentes para evitar novos eventos relacionados à mesma causa. Para isso, a implementação destes mecanismos de registro não deve estar atrelado em uma filosofia institucional punitiva, mas sim que privilegia a responsabilidade e comprometimento de cada profissional (LEÃO et al, 2008). Desta forma, o enfoque em uma cultura de segurança favorece a busca incessante dos profissionais pela qualidade e excelência do cuidado ao paciente (WACHTER, 2010).

2.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Antes de iniciar a revisão bibliográfica referente à cultura de segurança, algumas definições de cultura, segurança e de cultura organizacional precisam ser contextualizadas. Cultura é conceituada como “sistema de ideias, conhecimentos, técnicas e artefatos, de padrões de comportamento e atitudes que caracteriza uma determinada sociedade”. (MICHAELIS, 2008, p. 245). Adquirimos a cultura no decorrer do tempo, através do ambiente social que frequentamos, ou seja, não a herdamos, não estão nos genes (OBADIA, 2004). Desta forma, os seres humanos carregam consigo símbolos, heróis, rituais e valores, considerados manifestações culturais (HOFSTEDE, 1991).

Os símbolos se referem aos gestos, figuras, objetos e palavras que possuem um significado particular e representam o primeiro nível das manifestações culturais. Os heróis são as pessoas que, vivas ou falecidas, reais ou não, possuem características muito valorizadas, servindo de comportamento modelo; representam o segundo nível das manifestações culturais. Os rituais são considerados atividades coletivas, como a forma de cumprimentar as pessoas, de se vestir, reuniões organizacionais, dentre outros; representam o terceiro nível das manifestações culturais. Os valores são considerados o núcleo da cultura

e são as tendências de preferência por certas situações, como o bom, o mau, o limpo, o sujo, dentre outros. Esta manifestação é inconsciente e não é percebida por outras pessoas, é a forma como as pessoas reagem a determinadas situações. Já as três primeiras são percebidas por outras pessoas e são características ou ações daquela cultura, podendo ser entendido somente pelos integrantes daquela cultura (HOFSTEDE, 1991).

Segurança é conceituada como “ato ou efeito de segurar; estado que se acha seguro; garantia; proteção”. Para maiores esclarecimentos, seguro é conceituado como “livre de cuidados ou inquietações; livre de perigo ou não exposto a ele” (MICHAELIS, 2008, p.786). Neste sentido, a segurança não contesta a liberdade, sendo condição para o seu exercício e ponte para fornecer qualidade de vida ao cidadão (SANTOS, 2010).

Estes conceitos de cultura e de segurança nos remetem pensar na segurança do paciente em uma organização. No entanto, anteriormente à inserção de novos comportamentos e atitudes em uma instituição, é necessário conhecer a cultura local. Assim, abordaremos os conceitos de cultura organizacional e cultura de segurança.

2.3.1 Cultura Organizacional e Cultura de Segurança

O termo cultura organizacional tem sido utilizado na área da gestão com mais frequência a partir de 1982, com a publicação dos livros *Cultura Organizacional*, de Terrence Deal e Allan Kennedy, e *À procura da excelência*, de Thomas Peters e Robert Waterman. E vem sendo entendido como as crenças comuns e os valores compartilhados que interagem com as estruturas organizacionais para produzir as normas de comportamento, ou seja, o modo como as coisas são feitas em um determinado lugar (OBADIA, 2004).

Ao estudarmos cultura organizacional e cultura de segurança, percebemos que existe uma estreita relação entre elas e, também, com a segurança do paciente. Sendo assim, para garantir a execução de atitudes seguras por parte de todos os profissionais, promovendo a segurança do paciente, é necessária a construção de uma nova cultura que entenda os valores, crenças e normas daquilo que é importante em uma instituição e quais atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2009).

A cultura de segurança em saúde é conhecida como um novo método de pensar e agir em um determinado local diante da ocorrência

ou da prevenção de eventos adversos, visando à segurança do paciente. É definida como “resultado das atitudes, percepções, competências, padrões de comportamento e valores de um grupo que irão determinar o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde e de uma gestão de segurança.” (SEXTON et al, 2006, p.2)

O conceito de cultura de segurança foi utilizado pela primeira vez em 1985 no seminário realizado à indústria química, depois do acidente de *Bhopal*. Entretanto, em 1986, ganhou atenção após ser escrito no relatório da reunião de revisão pós-acidente do desastre nuclear de *Chernobyl*, elaborado pelo Grupo Internacional de Consultores Especialistas em Segurança Nuclear que possui especialistas na área de diversos países para apoiar o Diretor Geral da Agência Internacional de Energia Atômica (OBADIA, 2004).

Neste relatório estava identificado o fator humano como a causa-raiz do acidente de *Chernobyl* e concluía que precisavam ser revistos e aprovados alguns procedimentos formais, assim como complementados pela criação e manutenção de uma cultura de segurança nuclear. Esta cultura foi entendida como aquele algo mais que vai além dos procedimentos operacionais e manuais de normas e rotinas, representando uma defesa adicional que influencia e ultrapassa as demais defesas do processo de segurança (OBADIA, 2004).

A partir de então, a segurança da indústria nuclear foi vista com outros olhos e passaram a ocorrer mudanças na sua estrutura metodológica, promovendo comportamentos e atitudes que priorizassem as questões de segurança. Desta forma, o 4º Grupo Internacional de Consultores Especialistas em Segurança Nuclear, *International Safety Advisory Group* (INSAG) (INSAG-4, 1991, p.1) definiu como cultura de segurança “o conjunto de características e atitudes da organização e dos indivíduos que estabelece que as questões relacionadas à segurança nuclear recebam atenção assegurada pelo seu significado, sendo de prioridade insuperável”. O que esta cultura pede é que os profissionais tenham ações conduzidas de maneira certa, atenciosa, conhecendo-se as causas e as formas de julgamento e que se tenha responsabilidade, além de possuírem atitudes questionadoras, abordagem prudente e rigorosa e comunicação (OBADIA, 2004).

Já o psicólogo britânico James Reason abordou a cultura de segurança como uma cultura da informação. Os gestores e profissionais da ponta conhecem os fatores humanos, técnicos, organizacionais e ambientais que regem a segurança. Há a interação conceitual para se entender a cultura de segurança sob a ótica de quatro culturas, quais sejam: a cultura de aprendizado para implementar reformas no sistema e

ter disposição e competência para atuar no sistema de informações de segurança; a cultura de justiça que promove um clima de confiança no qual as pessoas são estimuladas e recompensadas por fornecer informações sobre a segurança; a cultura de flexibilidade para mudar o modo hierárquico tradicional para uma estrutura onde, em situações de emergência, os especialistas controlam e depois retornam ao modelo burocrático tradicional; e a cultura de relato que promove um clima organizacional onde as pessoas possuem o hábito de relatar os erros e quase-falhas, inclusive aqueles que cometeram o erro (OBADIA, 2004).

Em nível mundial, os profissionais de saúde estão preocupados com a segurança do paciente e têm tido desafios na sua implantação. Quês, Montoro e González (2010) afirmam que o enfrentamento da falta de comunicação e da notificação do evento adverso, a dificuldade em aceitar o erro com medo da punição caso o erro seja descoberto e notificado, significam problemas para os profissionais. Isto exige das organizações sanitárias um trabalho profundo acerca da segurança clínica, com reconhecimento dos erros, mudança de pensamento e o registro correto dos fatos.

Neste sentido, Silva (2009) concorda com a mudança cultural acerca da segurança do paciente afirmando ser crucial a implantação de medidas eficientes para prevenir e reduzir os riscos e eventos adversos. Quês, Montoro e González (2010) citam a adequação ao novo processo de trabalho e maior conscientização por parte dos profissionais da saúde como algumas destas medidas, assim como a revelação de eventos adversos sem punição ao profissional.

Um dos maiores desafios para adquirir um sistema seguro de saúde é muitas vezes cultural. Uma cultura de culpa, na qual os erros são vistos como fracassos pessoais e o sistema desencoraja ou pune gerando riscos desnecessários e comportamentos inseguros deveriam ser substituídos por uma cultura na qual os erros são encarados como oportunidades de melhorar o sistema (IOM, 2001). O estabelecimento da cultura de segurança como eixo norteador de uma instituição envolve empenho de seus gestores e obtém como resultados um comportamento e atendimento seguros que refletem na qualidade da assistência ao paciente.

Através da investigação e conhecimento da realidade de um local de trabalho é possível obter uma rede efetiva de comunicação e firmar elos de confiança com os profissionais envolvidos no cuidado direto. Assim, os eventos adversos são facilmente detectados, sendo possível intervir na formação permanente e no processo de trabalho e, desta forma, promover a cultura de segurança (PAESE, 2010). Porém, para

que isto se torne realidade nas instituições é necessário tempo e dedicação, pois o processo de formação dos profissionais prestadores do cuidado e dos gestores é lento, embora seus resultados sejam benéficos aos pacientes e aos próprios trabalhadores (KIRK et al 2007).

A percepção da cultura de segurança pelos profissionais pode ser avaliada através de instrumentos e tem por finalidade construir um diagnóstico e elaborar estratégias de intervenção nos fatores que influenciam a segurança. Atualmente, vêm sendo realizadas pesquisas que avaliam tanto a cultura de segurança de um hospital como um todo, quanto de unidades específicas.

Esta ação é estimulada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e pela Comissão para Acreditação das Organizações de Saúde e seu interesse procede de relatos e conhecimentos das indústrias nuclear e espacial devido à destreza com trabalhos de risco (SEXTON; THOMAS; HELMREICH, 2006).

O início do desenvolvimento de pesquisas em enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente se deu em novembro de 2004 através da Agência dos Estados Unidos da América de Investigação de Saúde e Qualidade (AHRQ), que auxiliou o desenvolvimento de ferramentas de avaliação da cultura de segurança do paciente em hospitais, asilos e ambulatórios. Atualmente, estão disponíveis três pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente: *Hospital Survey of Patient Safety Culture* (HSOPS) que vem sendo bem recebida e administrada em diversas instituições hospitalares, *Medical Research Office of Patient Safety Culture* e *Search Home of Patient Safety Culture* (PESQUISAS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2011).

Estas pesquisas têm o intuito de conscientizar os profissionais a respeito da segurança do paciente, diagnosticar e avaliar a cultura de segurança do paciente, identificar as áreas de melhoria e os pontos fortes na cultura de segurança, examinar as tendências das alterações da cultura de segurança ao longo do tempo, avaliar o impacto das intervenções de segurança e realizar comparações com outras instituições ou com outros setores da própria instituição (PESQUISAS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2011).

Na Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente foi desenvolvido um questionário que avalia as opiniões dos profissionais sobre questões de segurança do paciente, erro médico e relatórios de eventos. É composto por 42 itens categorizados em 12 dimensões de cultura de segurança: 1- frequência do relato de eventos, 2- percepções gerais da segurança do paciente, 3- expectativas e ações do supervisor/administrador para a promoção da segurança do paciente,

4- melhoria contínua do ensino organizacional, 5- trabalho em equipe dentro das unidades hospitalares, 6- facilidade de comunicação/*feedback*, 7- comunicação e informação sobre erros, 8- resposta não punitiva ao erro, 9- pessoal, 10- apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, 11- trabalho em equipe em todas as unidades hospitalares e 12- transferências e transições. A maioria dos itens utiliza escalas de cinco pontos de resposta de concordância, tipo *Likert*, variando de "discordo totalmente", "discordo", "neutro", "concordo", "concordo plenamente" (PESQUISAS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2011).

Outro instrumento desenvolvido para avaliar a cultura de segurança do paciente é o *Safey Attitudes Questionnaire* (SAQ), um refinamento do Questionário de Atitudes de Gestão da Unidade de Cuidados Intensivos que derivou de um questionário usado na aviação comercial, o Questionário de Atitudes de Gestão do Vôo (FMAQ). O FMAQ foi desenvolvido após a descoberta de que os aspectos interpessoais da tripulação foram as maiores causas de acidentes aéreos, medindo as atitudes dos membros da equipe sobre estes aspectos: trabalho em equipe, falando alto, liderança, comunicação e colaboração nas decisões (SEXTON et al, 2006).

Os itens deste questionário mostraram-se úteis na área da saúde, sendo discutidos novos itens com profissionais de saúde e especialistas. Foram criados 60 itens categorizados em seis escalas climáticas: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão, clima de segurança, condições de trabalho e reconhecimento do estresse. Em cada item é utilizado uma escala de cinco pontos de resposta de concordância, tipo *Likert*, variando de discordo totalmente, discordo um pouco, neutro, concordo um pouco e concordo plenamente, contendo também itens formulados negativamente (SEXTON et al, 2006).

Além destes itens o SAQ engloba informações demográficas, como idade, sexo, experiência profissional, nacionalidade, forma de contrato na instituição, turno de trabalho e um espaço para o respondente marcar o grau de colaboração e comunicação entre ele e os demais profissionais do mesmo setor. Além disso, possui versões para uso em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), SO, Unidades de Internação (médica, cirúrgica, ginecológica) e em nível ambulatorial, mantendo o seu conteúdo, porém com poucas alterações de acordo com a área clínica (SEXTON et al, 2006).

Outra pesquisa, desenvolvida no Canadá e Reino Unido, examinou os níveis de maturidade da cultura de segurança em uma instituição hospitalar através de um questionário, a Ferramenta de

Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente de Manchester (MaPSCAT). O MaPSCAT é baseado em um referencial teórico do Reino Unido, com extensa revisão de literatura e de auxílio de especialistas na área, e demonstra a cultura de segurança em 10 dimensões, quais sejam: 1- melhoria contínua; 2- a prioridade dada à segurança; 3- erros de sistema e de responsabilidade individual; 4- registro de incidentes; 5- avaliação de incidentes; 6- aprendendo a efetivar mudanças; 7- comunicação; 8- gestão de pessoal; 9- educação de pessoal; 10- trabalho em equipe. Estas dimensões são examinadas através de uma escala de maturidade de segurança, em cinco níveis progressivos: patológico, reativo, burocrático, pró-ativo e geradores (LAW et al, 2010). Além destes, outros questionários foram criados para avaliar a cultura de segurança e estão sendo aplicados no mundo todo, como o Questionário de Administração Veterana da Cultura de Segurança do Paciente e a Pesquisa da Cultura de Segurança (COLLA et al, 2005).

Ao depararmos com estas iniciativas mundiais e refletindo sobre a realidade vivenciada no hospital universitário onde este estudo foi realizado, percebemos que algumas já estão sendo realizadas pelo Núcleo de Vigilância Sanitária (NUVISA) com a criação do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) em outubro de 2010, com regimento específico. Foram estabelecidas ações prioritárias como início do plano de trabalho através de um projeto piloto realizado em uma das clínicas cirúrgicas da instituição, com o intuito de orientar os profissionais à notificação de eventos adversos através do preenchimento e entrega do Formulário de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas (Anexos I e J) que se encontra em período de teste. O NUVISA/HU/UFSC, apesar de iniciar recentemente seus trabalhos com a segurança do paciente, tem a finalidade de prevenir os eventos adversos, não somente notificar os que já ocorreram, através da hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância.

Nesta instituição, foram realizadas três pesquisas com o intuito de avaliar a cultura de segurança do paciente. Uma foi em Unidade de Emergência adulto, outra em Unidades de Internação Cirúrgica, utilizando o SAQ adaptado para estas unidades como instrumento de pesquisa e a outra realizada em UTI adulto utilizando o HSOPS, porém os resultados ainda estão em fase de publicação (FIDELIS, 2011; MARINHO, 2012; MELLO, 2011).

Outro estudo realizado com o objetivo de avaliar a cultura de segurança de uma instituição de saúde em atenção primária à saúde apontou que as Condições de trabalho, cultura do trabalho em equipe,

comunicação e gerência do centro de saúde foram as atitudes que se evidenciaram positivas para a cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde (PAESE, 2010). Estes dados foram importantes descobertas na atenção primária à saúde, uma vez que a cultura de segurança do paciente precisa ser avaliada nas diversas instituições e seus níveis de atenção em saúde. Porém, diferentemente dos dados encontrados na atenção primária, a avaliação da cultura de segurança do paciente em um CC da mesma localidade evidenciou que todas as dimensões de segurança avaliadas pelo SAQ, na versão adaptada à S.O, foram consideradas abaixo do ponto seguro; demonstrando que os próprios trabalhadores não se sentem seguros em seu ambiente de trabalho, embora alguns mantenham condutas positivas para a segurança do paciente (DA CORREGGIO, 2012).

Em âmbito estadual, Santa Catarina possui o Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina (SEPAESC)², com registro para profissionais interessados neste tema e se constitui em um espaço colaborativo online com a possibilidade de compartilhamento de notícias, inclusive artigos internacionais, acerca da segurança do paciente.

2.4 SEGURANÇA CIRÚRGICA: O SEGUNDO DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A cirurgia segura é considerada o segundo desafio global da OMS para a segurança do paciente e as orientações para a sua implantação vêm sendo aplicadas em várias instituições brasileiras e em nível mundial. As complicações cirúrgicas tornaram-se causa de morte, invalidez mundial e um importante problema de saúde pública (OMS, 2009a).

No ano de 2004, foi estimado o volume de cirurgias de grande porte em 56 países, obtendo-se cerca de 187 a 281 milhões de procedimentos. Este resultado pode ser comparado a quase o dobro do volume de nascimentos por ano, em 2006, que foi de cerca de 136 milhões de nascimentos. Em estudos realizados com países industrializados, a taxa de complicações cirúrgicas foi de 3 a 16% em cirurgias de pacientes internados e a taxa de mortalidade foi de 0,4 a 0,8%, sendo determinada a metade dos eventos adversos nestes estudos

² Santa Catarina possui o Pólo de Segurança do paciente de Santa Catarina (SEPAESC), cujo sítio é <http://polosepaesc.ning.com/>

como evitáveis. Enquanto isso nos países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade é de 5 a 10% em cirurgias de grande porte (OMS, 2009b).

Outra preocupação mundial é a infecção e as outras complicações pós-operatórias que são responsáveis por grande número de mortes e injúrias médicas, assim como os eventos adversos estimados em 3 a 16% dos pacientes internados, sendo mais da metade de tais eventos considerados preveníveis. A metade dos eventos ocorre durante a assistência, tendo uma taxa de eventos adversos perioperatórios de 3% e de mortalidade de 0,5% mundialmente. A partir do conhecimento destes dados estimados podemos dizer que, a cada ano, sete milhões de pacientes sofrerão complicações e um milhão morrerá durante ou imediatamente após o procedimento cirúrgico (OMS, 2009b). Frente a esta situação mundial, foram realizados esforços com o intuito de melhorar a segurança do paciente cirúrgico e a qualidade de sua anestesia.

Em 2002, durante a 55ª Assembléia Mundial da Saúde, foi aprovada uma resolução estabelecendo que os países devessem ampliar a segurança dos cuidados sanitários e seus sistemas de monitorização, uma vez que a redução da segurança destes cuidados tornou-se um problema de saúde pública. A partir de então, a OMS foi designada para consignar normas e padrões globais e apoiar os esforços dos países na elaboração de políticas e práticas de segurança (OMS, 2009b). Na 57ª Assembléia Mundial da Saúde, em 2004, a criação de uma aliança internacional para a melhoria da segurança do paciente foi consentida pelos profissionais e ainda neste ano lançaram a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que tem o intuito de construir políticas e práticas clínicas seguras (OMS, 2009b). Compõem a Aliança organizações internacionais e nacionais, como a *Agency for Healthcare Research and Quality*, *The Joint Commission*, *National Patient Safety Foundation*, e congrega os países membros das Nações Unidas (SILVA, 2009).

Surgiram certos problemas sanitários a serem trabalhados de forma global, necessitando de ações para a redução dos eventos adversos advindos de práticas não seguras de cuidados. Para estes problemas, foram lançadas campanhas de segurança centradas no paciente, sendo chamadas de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, considerado núcleo da Aliança Mundial. O Primeiro Desafio Global trabalhado nos anos de 2005 e 2006 foi infecção associada aos cuidados de saúde, no qual foram formados padrões simples e claros para a higiene das mãos, campanha educativa e as primeiras orientações da OMS acerca do assunto. Já o Segundo Desafio Global entre 2007 e 2008 foi segurança dos cuidados cirúrgicos, sendo elaboradas diretrizes

sobre cirurgia segura, seguindo as recomendações da OMS. E o Terceiro Desafio Global, entre 2009 e 2010, refere-se à Resistência Antimicrobiana, com o tema da ameaça instalada com a evolução da resistência antimicrobiana, alegando que o uso desnecessário e inadequado de antibióticos favorece o surgimento e disseminação de bactérias resistentes (OMS, 2009a).

Os dados da OMS acerca das complicações apresentam a segurança cirúrgica como um problema de saúde pública significativo. Sendo assim, existem, no mínimo, quatro problemas subjacentes que precisam ser trabalhados para melhorar a segurança cirúrgica (OMS, 2009b). O primeiro problema refere-se ao fato de que a segurança cirúrgica não tem sido reconhecida como um problema de saúde pública significativo. Há muitos gastos com a cirurgia e poucas condições para um funcionamento de qualidade, como por exemplo, a falta de infraestrutura e de equipamentos.

O segundo problema é a escassez de dados básicos, como por exemplo, a falta de monitorização nos cuidados cirúrgicos que aponta o fato de poucos países membros da OMS terem os dados sobre os procedimentos cirúrgicos e ainda assim são poucos os procedimentos ambulatoriais relatados. Destes países, nenhum possui informações fiáveis sobre taxas de mortalidade hospitalar ou outros indicadores de resultado adverso, além da maioria não ter informações sobre os hospitais privados.

O terceiro problema volta-se para o fato de que as atuais práticas de segurança não parecem ser utilizadas de forma fiável. A profilaxia antibiótica anteriormente à incisão e a confirmação da esterilização dos materiais cirúrgicos não são feitas conforme o estabelecido, sendo os antimicrobianos administrados de forma aperiódica, submetendo o paciente cirúrgico ao risco de infecção, assim como as complicações da anestesia têm sido causas de morte evitáveis nos países em desenvolvimento, ratificando uma falta grave e sustentada de segurança anestésica.

O quarto problema refere-se a complexidade dos procedimentos cirúrgicos. Até os procedimentos mais simples possuem etapas críticas, oportunizando falhas e danos aos pacientes. É necessária a identificação correta do paciente e do local a ser operado e a garantia da esterilização dos instrumentais cirúrgicos para ser efetuada uma cirurgia segura. À equipe cirúrgica é essencial um trabalho coeso, conhecimentos científicos e práticos para impedir ocorrência de complicações importantes ao paciente. Entretanto, na equipe cirúrgica há pouca orientação ou estrutura para tal. Assim, com o intuito de corrigir estes

problemas, a OMS elaborou o programa *Cirurgia Segura Salva Vidas* e para isto criou a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (OMS, 2009b).

Estes quatro problemas necessitam ser trabalhados de uma forma mais detalhada. As medidas realizadas para tornar a cirurgia mais segura auxiliam a equipe na redução de danos ao paciente cirúrgico, por meio da promoção da confirmação do procedimento certo, do local e paciente corretos. É necessário estimular a comunicação eficaz e adequada entre a equipe, promovendo a resolução de dúvidas sobre os procedimentos e os materiais utilizados. Estes materiais devem estar presentes em SO e a verificação do carrinho de emergência precisa ser realizada (AVELAR et al, 2010).

A identificação correta do paciente quanto à marcação do local do procedimento cirúrgico, assim como a verificação do prontuário completo do paciente, inclusive da presença de exames, são medidas simples que auxiliam na redução de danos. Outra medida que precisa ser desenvolvida nas instituições de saúde é o estímulo à cultura de segurança do paciente, com o intuito de transformar o conceito e as atitudes de uma cultura punitiva em uma cultura de segurança, na qual é necessário identificar e entender as causas dos erros (AVELAR et al, 2010).

Os métodos mais utilizados para estimular a cultura de segurança em SO são as listas de verificação (*check-list*), as quais podem ser aplicadas para a conferência de um carro de anestesia, da montagem de uma SO, da conferência de documentos no prontuário, conforme a realidade de cada instituição. Assim como, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da OMS, mundialmente aplicada, que abrange os três passos para o alcance da segurança cirúrgica em SO: confirmações antes da indução anestésica, antes da incisão e antes do paciente sair da SO para a SPRA, com o registro no prontuário de que a verificação foi realizada, inclusive, os nomes dos profissionais participantes (AVELAR et al, 2010). A LVSC será detalhada a seguir.

2.5 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

A *Joint Comission* criou e implementou em 2003 um protocolo universal a ser utilizado mundialmente e adaptado, principalmente pelo Colégio Americano de Cirurgiões, para prevenir local, paciente e procedimento errados, contemplando três etapas: verificação, marcação e *time out*. A etapa de verificação, na qual será confirmada a identidade

do paciente, local da cirurgia e nome do procedimento cirúrgico, com aplicação do termo de consentimento e verificação do registro e das radiografias, pode ser realizada em qualquer momento pré-operatório até o paciente entrar na SO (OMS, 2009b).

A de marcação, feita no local a ser operado, de forma visível, com um marcador de tinta permanente, evitando sua retirada com o preparo do campo operatório; jamais em forma de X, pois pode causar ambiguidade (que este não é o local a ser operado); a *National Patient Safety Agency* do Reino Unido recomenda que seja feita uma seta que aponte para o local da cirurgia, a ser feita pelo cirurgião ou profissional de saúde por ele indicado, desde que esteja presente no ato da incisão (OMS, 2009b).

E a de *time out*, trata de uma pausa breve antes da incisão, quando o cirurgião confirma em voz alta a identificação do paciente, o procedimento, o lado e local cirúrgico, com posterior confirmação pelo anestesista ou enfermeiro (OMS, 2009b). Ainda, nos casos em que envolvam lateralidade ou múltiplas estruturas ou níveis, este item precisa ser confirmado visual e verbalmente com o cirurgião e com o paciente consciente e orientado, possibilitando a verificação retroativa, a confirmação do local e do procedimento, promovendo, assim, o envolvimento do paciente e a redução destes erros (OMS, 2009a), uma vez que o paciente vem sendo uma fonte de informações mais confiável que os documentos (CLARKE et al, 2008).

Em 2009 foi desenvolvida a LVSC da OMS (Anexo K) para auxiliar as equipes cirúrgicas na redução de danos ao paciente, reforçar práticas de segurança, favorecer uma comunicação adequada entre as equipes e um melhor trabalho multidisciplinar (OMS, 2009b). Também tem por objetivo promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões de segurança, promovendo práticas de segurança anestésica adequadas, de prevenção de infecções cirúrgicas e comunicação adequada 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.

A implementação desta lista está associada à redução nas complicações cirúrgicas e na mortalidade em hospitais (VRIES; PRINS; CROLLA, 2010). Em um estudo realizado em oito hospitais de oito cidades, também houve redução da taxa de mortalidade de 1,5% antes da introdução da LVSC, para 0,8% ($p=0,003$) após sua implantação; assim como da redução das complicações cirúrgicas em pacientes internados, de 11% dos pacientes para 7,0% ($p<0,001$) (HAYNES; WEISER; BERRY, 2009). Este resultado corrobora com a OMS, que

afirma ser o uso da lista responsável por 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 (OMS, 2009a).

Nesta lista existem alguns passos a serem seguidos para obter sucesso durante o procedimento cirúrgico no que diz respeito à segurança, divididos em três etapas: 1. Antes da indução anestésica; 2. Antes da incisão da pele (*time out*); 3. Antes do paciente sair da SO (*time in*) (OMS, 2009a).

Na primeira etapa é preciso confirmar a identidade do paciente, o local a ser operado, o nome do procedimento que vai realizar e se o paciente consentiu a cirurgia. Fazem parte desta etapa a verificação da demarcação o local correto, dos equipamentos e medicações anestésicas, controle do funcionamento colocação do oxímetro de pulso no paciente, investigação da existência de processo alérgico anterior e avaliação da permeabilidade da via aérea para passagem do tubo orotraqueal ou risco de aspiração e se haverá risco de grande perda de sangue (OMS, 2009a).

Na segunda etapa são confirmados nome e função de todos os integrantes da equipe, assim como o nome do paciente, do procedimento e o local da cirurgia, infusão da antibioticoprofilaxia imediatamente antes da incisão; confirmação com cada integrante da equipe sobre a existência de 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; anestesiólogista confirma preocupações específicas; enfermagem confirma esterilização dos instrumentais cirúrgicos e se há algum problema com algum equipamento), confirmação se os exames de imagens e de laboratórios estão em SO e visíveis (OMS, 2009a).

Na terceira etapa, o enfermeiro deve confirmar verbalmente o nome do procedimento; deve ser realizada a contagem de instrumentos, das compressas e de materiais perfurocortantes, os materiais biológicos coletados durante o procedimento cirúrgico são rotulados e é confirmado o nome do paciente e descrição da amostra verbalmente, verificação se algum equipamento está com problemas e revisão com o cirurgião, anestesiólogista e equipe de enfermagem sobre as necessidades do paciente na saída da SO (OMS, 2009a).

2.6 ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONAIS E MATERIAIS DO AMBIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico onde este estudo foi desenvolvido, por ser uma unidade fechada, apresenta vários aspectos que influenciam na qualidade do cuidado prestado ao paciente, destacando-se os aspectos físicos, os emocionais e os materiais. Quanto às características físico-estruturais e de funcionalidade, o setor é dividido em três áreas: a restrita, a semi-restrita e a irrestrita. A primeira refere-se ao espaço onde as cirurgias são realizadas, destinado aos pacientes, profissionais de saúde e estudantes de graduação, devidamente identificados e com a utilização de roupas privativas do setor, incluindo gorro, touca e propé. Na segunda área está o corredor de acesso externo do CC, a SRPA e a sala de descanso da equipe, onde não é obrigatório o uso de roupas privativas. E a terceira área refere-se ao espaço da secretaria do CC e dos vestiários, onde também o uso destas roupas não é obrigatório.

O posto de enfermagem do setor, localizado no seu centro e na área restrita, favorece a distribuição dos materiais de assistência pela proximidade da maioria das salas cirúrgicas, facilitando sua aquisição de forma ágil. A SRPA situa-se na entrada da área restrita, próximo ao posto de enfermagem e com capacidade para quatro leitos de pós-operatório.

Por mais que a aquisição dos materiais de consumo para a assistência seja fácil, este distanciamento geográfico, que diverge para cada instituição, causa um desgaste físico ao profissional influenciando na segurança do paciente (SILVA; ALVIM, 2010).

A presença constante de ruídos na S.O e suas repercussões para o profissional e paciente têm sido estudadas percebendo-se um desconforto por parte de ambos, pois aumenta o estresse em SO ao dificultar a promoção de bem estar e conforto para o paciente e a comunicação da equipe. Os recursos humanos são essenciais ao funcionamento adequado do setor, pois, quando reduzidos, afetam a atuação dos profissionais pelas diversas atribuições, desencadeando mais estresse (SILVA; ALVIM, 2010; PEREIRA et al, 2011).

Algumas pesquisas têm discutido os fatores que interferem na segurança do paciente em SO quando nos referimos aos recursos humanos, sendo que tais fatores não devem impedir o desenvolvimento de um cuidado seguro, embora nele possam interferir (SILVA, 2006; SILVA; ALVIM, 2010; PEREIRA et al, 2011; PEREIRA, 2010; JOINT COMMISSION, 2011). Podemos citar alguns destes fatores: fadiga dos

profissionais pela carga horária excessiva de trabalho, escassez de recursos humanos, barreiras na comunicação entre os profissionais, relações interpessoais não efetivas, fator emocional dos profissionais, distrações, interrupções, erros de julgamento, falta de atenção e as dificuldades materiais.

No CC em estudo, enfrentamos um quantitativo reduzido do profissional enfermeiro, havendo sobrecarga de trabalho dos demais, associada à fadiga e ao estresse. Estes fatores dificultam o desenvolvimento de ações que promovam a segurança do paciente e um cuidado especializado e centrado na proteção da vida (SILVA; ALVIM, 2010).

Os materiais e equipamentos específicos necessários ao ato cirúrgico precisam ser previstos pelo enfermeiro da unidade para que o fluxo de trabalho se desenvolva harmonicamente e para que o paciente não sofra danos causados pela ausência do material, assim como suspensão de cirurgias. Além da presença destes na unidade, é necessário testá-los antes do procedimento cirúrgico e realizar manutenção preventiva e reparadora sempre que necessário, conforme orientações da OMS (OMS, 2009a).

No CC deste estudo, a manutenção do carro de anestesia, contendo o ventilador mecânico, analisador de gases e capnógrafo, assim como a dos monitores cardíacos com seus respectivos cabos, é realizada pelo Núcleo de Engenharia Clínica (NEC) da instituição, quando estes materiais novos chegam ao setor e quando danificados. Já o controle das medicações e diversos outros materiais de assistência, verificação de validade e de suas características físicas, é realizado pela equipe de enfermagem diariamente, no caso das medicações e, semanalmente, nos demais materiais.

2.7 ATUALIDADE EM PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO

Para configurar o estado atual das pesquisas que a Enfermagem vem realizando com o tema de segurança do paciente em ambientes de centro cirúrgico, optamos por desenvolver uma revisão integrativa a qual é apresentada a seguir, na forma de um manuscrito.

2.7.1 Manuscrito 1 - Enfermagem e a Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Uma revisão Integrativa

ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PATIENT SAFETY IN THE OPERATING ROOM: AN INTEGRATIVE REVIEW

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUIRÓFANO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Thâmy Canova Da Correggio
Lucia Nazareth Amante

RESUMO

Revisão integrativa sobre enfermagem e a segurança do paciente em centro cirúrgico, para identificar a distribuição destas publicações entre 2007 e 2012 e analisar descritivamente os resultados destas publicações. Foram utilizadas duas bases de dados, Biblioteca Virtual em Saúde e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, utilizando a combinação de 10 descritores. Foram selecionados 35 artigos, que enfocaram a assistência de enfermagem, os registros de enfermagem, a organização do trabalho em Centro Cirúrgico, a liderança do enfermeiro, a educação permanente destes profissionais e a saúde dos trabalhadores. Assim como a implantação de *checklists*, as complicações no pós-operatório, a ocorrência de eventos adversos, a autonomia do paciente e suas percepções frente ao procedimento cirúrgico e à equipe de enfermagem. Concluiu-se que as publicações encontradas refletem o trabalho da enfermagem no contexto cirúrgico, mostrando a existência de novas práticas que visam à segurança do paciente.

Descritores: Enfermagem de centro cirúrgico. Segurança do paciente. Cuidados de enfermagem. Cuidados perioperatórios. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

Integrative review of nursing and patient safety in the operating room to identify the distribution of these publications between 2007 and 2012 and descriptively analyze the results of these publications. We used two databases, Virtual Health Library Journal Portal and the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel, using a combination of 10 descriptors. We selected 35 articles that focused on nursing care, nursing records, the organization of work in the surgical, nursing leadership, continuing education of these professionals and health workers. As the deployment of checklists, complications postoperatively, the occurrence of adverse events, patient autonomy and their perceptions towards the procedure and surgical nursing staff. It was concluded that the publications found reflect the work of nursing in the surgical setting, showing the existence of new practices aimed at patient safety.

Keywords: Nursing surgical center. Patient safety. Nursing care. Perioperative Care. Perioperative nursing.

RESUMEN

Revisión integradora de la seguridad de la enfermería y el paciente en la sala de operaciones para identificar la distribución de estas publicaciones entre 2007 y 2012 y descriptivamente analizar los resultados de estas publicaciones. Se han utilizado dos bases de datos, Virtual Health Library Journal Portal y la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior, utilizando una combinación de 10 descriptores. Se seleccionaron 35 artículos que se centran en la atención de enfermería, registros de enfermería, la organización del trabajo en la dirección de la enfermería quirúrgica, la formación continua de estos profesionales y trabajadores de la salud. A medida que el despliegue de listas de verificación, las complicaciones después de la operación, la ocurrencia de eventos adversos, la autonomía del paciente y de sus percepciones hacia el procedimiento y el personal de enfermería quirúrgica. Se concluyó que las publicaciones encontradas reflejan el trabajo de enfermería en el ámbito quirúrgico, mostrando la existencia de nuevas prácticas orientadas a la seguridad del paciente.

Descriptores: Enfermería centro quirúrgico. La seguridad del paciente. Cuidados de enfermería. Cuidados perioperatorios. Enfermería perioperatoria.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente no centro cirúrgico (CC) é um tema atual que recentemente recebeu atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) tendo-o como uma de suas prioridades. Esta preocupação crescente é atribuída ao número de procedimentos cirúrgicos realizados mundialmente a cada ano, atingindo cerca de 63 milhões de pessoas ao ano que são submetidas a cirurgias por traumas, 10 milhões por complicações obstétricas e 31 milhões para tratamento de patologias malignas (OMS, 2009a).

Estes números comprovam a necessidade de uma assistência em saúde segura e de qualidade, uma vez que frequentemente a cirurgia é o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de mortes causadas por enfermidades comuns. Não obstante, os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos consideráveis com implicações significativas para a saúde pública (OMS, 2009a).

Um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de erro ou evento, sendo este prevenível em sua maioria (JOINT COMMISSION, 2008) e com relevância aqueles ocorridos durante a prestação de cuidados cirúrgicos. A cada ano, no mínimo, sete milhões de pacientes sofrem de complicações cirúrgicas e destes, no mínimo, um milhão morrem no trans ou pós-operatório (OMS, 2009a).

Atualmente no Brasil, notícias na mídia a respeito dos erros ocorridos em CC, aumentam ainda mais a preocupação dos pacientes com relação a estes procedimentos e a dos profissionais da equipe cirúrgica em identificar os erros possíveis e promover ações que evitem ou reduzam suas ocorrências. Existem vários tipos de erros no centro cirúrgico, desde a perturbação do fluxo operatório até à produção de danos irreversíveis ou mesmo de morte, abrangendo a técnica cirúrgica, a anestesia, os cuidados de enfermagem e, também, as complicações referentes a estas três, de forma interdisciplinar (FRAGATA, 2010).

Neste contexto, a prestação do cuidado seguro de enfermagem ao paciente no CC também é fator imprescindível para a sua recuperação e depende da realização de práticas seguras. Na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre os assuntos propostos e tendo em vista o crescimento das pesquisas realizadas nestes últimos anos, é necessário investigar em profundidade o que vem sendo discutido na área da enfermagem e segurança do paciente em centro cirúrgico. Assim, esta revisão teve como questão: qual a produção científica sobre o cuidado

seguro de enfermagem ao paciente no período transoperatório publicada em duas bases de dados no período de 2007 a 2011? Foram objetivos: identificar a distribuição das publicações da enfermagem em segurança do paciente cirúrgico no período compreendido entre 2007 e 2011, tema e desenho metodológico das pesquisas; e analisar descritivamente os resultados destas publicações.

MÉTOD

O método deste estudo foi a revisão integrativa que pode ser definida como um método que sumariza pesquisas anteriores e estabelece as conclusões de acordo com o delineamento das pesquisas avaliadas, a qual possibilita sintetizar e analisar o conhecimento científico já produzido do tema investigado (URSI, 2005). Para a operacionalização dessa revisão foram estabelecidos os seguintes passos: definição da questão norteadora, dos objetivos, da seleção das produções a partir do estabelecimento dos critérios de inclusão; organização, análise e apresentação dos resultados obtidos.

Durante o mês de abril de 2012 foi realizada a busca das publicações indexadas em duas bases de dados, respectivamente: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Optou-se pela BVS, pois é um dos modelos mais avançados de gestão de informação e conhecimento, orientada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e coordenada pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Pelo Portal de Periódicos da CAPES optou-se porque é inteiramente financiado pelo governo do Brasil, sendo considerado único no mundo, além de ter sido criado devido ao acesso reduzido das bibliotecas brasileiras à informação internacional, favorecendo as Universidades Federais.

Utilizou-se para a localização dos artigos os descritores selecionados via sistema de Descritores da BVS: enfermagem de centro cirúrgico (descriptor 1), segurança do paciente (descriptor 2), qualidade da assistência à saúde (descriptor 3), prática clínica baseada em evidências (descriptor 4), assistência ao paciente (descriptor 5), cuidados de enfermagem (descriptor 6), cuidados perioperatórios (descriptor 7), centro cirúrgico hospitalar (descriptor 8), enfermagem perioperatória (descriptor 9) e pesquisa em Enfermagem clínica (descriptor 10). E foram associados da seguinte forma nos formulários de busca: um descriptor fixo (descriptor 1) e outro descriptor, como mostram os exemplos a seguir: 1 e 2; 1 e 3; 1 e 4; 1 e 5; 1 e 6; 1 e 7; 1 e 8; 1 e 9; 1 e 10.

Definiram-se os critérios de inclusão contemplando artigos, teses e dissertações que abordaram o cuidado seguro de enfermagem ao paciente no período transoperatório, disponíveis gratuitamente e na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; no período compreendido de 2007 a 2011. Vale ressaltar que as publicações duplamente encontradas na mesma base de dados, ou nas duas bases, foram consideradas apenas uma vez. Elaborou-se um formulário de coleta de dados no *Software Microsoft® Office Excel* Edição 2003 que foi alimentado conforme a seleção dos estudos, contendo informações sobre o título do estudo, objetivos, metodologia utilizada e apresentação dos resultados.

Foram encontradas 1650 publicações, das quais 1516 pertenciam à BVS e 134 ao Portal de Periódicos da CAPES. Deste total, 1573 não atenderam aos critérios de inclusão, sendo 1474 pertencentes à BVS e 99 ao Portal de Periódicos da CAPES. Assim, dos 77 estudos restantes, 42 apresentaram-se repetidos nas bases de dados. Por fim, 35 artigos foram selecionados para compor esta revisão.

RESULTADOS

Dos 35 artigos selecionados, no que se refere ao período de publicação, os anos de 2010 e 2011 apresentaram o maior número de estudos publicados, equivalendo a 10 (28,6%) artigos em cada ano. E o ano de 2008 foi aquele com menor número de publicações encontradas (somente dois) (5,7%).

Em relação ao tipo de publicação, 32 (91,4%) eram artigos científicos e três (8,6%) eram dissertações. Já, no que se refere ao tipo de pesquisa, 19 (59,38%) dos artigos científicos possuíam metodologia quantitativa, 10 (31,25%) era qualitativa, um era relato de experiência (3,12%) e dois de levantamento bibliográfico (6,25%). Quanto às três dissertações, uma foi desenvolvida com método quantitativo (33%) e duas de abordagem qualitativa (67%).

A seguir, apresentaremos um quadro referente à síntese das publicações incluídas na presente revisão integrativa, de acordo com o título, a base de dados em que foram encontradas, ano de publicação, tipo de publicação e método da pesquisa.

Quadro 1 – Apresentação das publicações da revisão integrativa conforme o título, base de dados, ano da publicação, tipo de publicação e método da pesquisa (2007 a 2011).

| Título das publicações | Base de dados | Ano | Tipo de publicação | Método da pesquisa | Autores |
|---|----------------------|------------|---------------------------|---------------------------|---|
| Transplante hepático: o significado para aqueles que vivenciam a espera pelo procedimento cirúrgico | BVS | 2007 | Dissertação | Qualitativo | AGUIAR, M.I.F. |
| Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional | CAPES | 2007 | Artigo | Quantitativo | PERROCA, M.G; JERICÓ, M.C; FACUNDI N, S.D. |
| A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no CC de um HU | BVS | 2007 | Dissertação | Qualitativo | K REISCHER, D.E. |
| Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico | BVS | 2007 | Artigo | Quantitativo | SILVA, M.A; GALVÃO, C.M. |
| Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória | BVS | 2008 | Artigo | Quantitativo | ORTIZ, M.C.L; RIBEIRO, R.P; GARANHANI, M.L. |

| | | | | | |
|--|-------|------|--------|--------------|---|
| Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola | BVS | 2008 | Artigo | Quantitativo | VENTURI NI, D.A; MARCON, S.S. |
| Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral | CAPES | 2009 | Artigo | Quantitativo | NEPOTE, M.H.A; MONTEIRO, I.U; HARDY, E. |
| Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro | BVS | 2009 | Artigo | Quantitativo | TANAKA, D.S; PENICHE, A.C.G. |
| A Abreviação do Jejum Pré-Operatório para Duas Horas com Carboidratos Aumenta o Risco Anestésico? | CAPES | 2009 | Artigo | Quantitativo | OLIVEIRA, K.G.B et al. |
| Percepção dos Pacientes a Respeito da Utilidade do Ambulatório de Avaliação Pré-Anestésica em um País Caribenho em Desenvolvimento | CAPES | 2009 | Artigo | Quantitativo | HARIHARAN, S. et al. |
| Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria | BVS | 2009 | Artigo | Qualitativo | SETZ, V.G; DINNOCE NZO, M. |

| | | | | | |
|---|-------|------|--------|-----------------------|--|
| Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica | BVS | 2009 | Artigo | Revisão de Literatura | SOUZA, A.P.M.A.; SOARES, M.J.G.O.; NÓBREGA, M.M.L. |
| Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica | BVS | 2009 | Artigo | Quantitativo | BORDIN, L.C.; FUGULIN, F.M.T. |
| Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória | BVS | 2009 | Artigo | Revisão de Literatura | FONSECA, R.M.P.; PENICHE, A.C.G. |
| Sistematização da assistência perioperatória: uma pesquisa qualitativa | BVS | 2009 | Artigo | Qualitativo | GRITTEM, L.; MEIER, M.J.; PERES, A.M. |
| Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo | CAPES | 2010 | Artigo | Relato de experiência | VENDRAMINI, R.C.R et al. |
| Experience with physician assistants in a Canadian arthroplasty program | BVS | 2010 | Artigo | Quantitativo | BOHM, E.R et al. |

| | | | | | |
|---|-------|------|--------|--------------|---------------------------------------|
| Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico | BVS | 2010 | Artigo | Qualitativo | CALLEGA RO, G.D et al. |
| Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano | CAPES | 2010 | Artigo | Qualitativo | MENDOZA, I.Y.Q; PENICHE, A.C.G. |
| Checklists in the operating room: help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences | BVS | 2010 | Artigo | Qualitativo | THOMASSEN, O et al. |
| Processos judiciais em oftalmologia: análise de possíveis fatores desencadeantes | BVS | 2010 | Artigo | Quantitativo | SANTOS, W; SOLARI, H.P; VENTURA, M.P. |
| Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico | CAPES | 2010 | Artigo | Quantitativo | OLIVEIRA, GONÇALVES |
| Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem | BVS | 2010 | Artigo | Qualitativo | SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T. |

| | | | | | |
|--|-------|------|--------|--------------|--|
| Consumo de materiais em centro cirúrgico após implementação de sistema de gestão informatizado | CAPES | 2010 | Artigo | Quantitativo | PASCHOA L, M.L.H; CASTILHO, V. |
| Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador | CAPES | 2011 | Artigo | Qualitativo | BARRETO, R.A.S.S et al. |
| Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico | CAPES | 2011 | Artigo | Qualitativo | GRIGOLETO, A.R.L; GIMENES, F.R.E; AVELAR, M.C.Q. |
| Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade | BVS | 2011 | Artigo | Quantitativo | CARNEIRO, F.S et al. |
| Hipotermia como fator de risco para infecção de sítio cirúrgico: conhecimento dos profissionais de enfermagem de nível médio | BVS | 2011 | Artigo | Quantitativo | RIBEIRO, D.R; LONGO, A.R.T. |
| O significado do cuidado perioperatório para a criança cirúrgica | CAPES | 2011 | Artigo | Qualitativo | SILVA, J.P; GARANHANI, M.L. |

| | | | | | |
|--|-------|------|-------------|--------------|---|
| Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia | CAPES | 2011 | Artigo | Quantitativo | NASCIMENTO, D.M et al. |
| Cirurgia: um contexto diferente de cuidado | BVS | 2011 | Artigo | Qualitativo | MAYA, A.M.S |
| Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário | BVS | 2011 | Artigo | Quantitativo | SOUZA, L.P et al. |
| Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos | BVS | 2011 | Artigo | Quantitativo | SCHMIDT, D.R.C; DANTAS, R.A.S; MARZIALE, M.H.P. |
| Factores explicativos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica | BVS | 2011 | Artigo | Quantitativo | URIBE, G.E. L et al. |
| Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem | BVS | 2011 | Dissertação | Quantitativo | SOUZA, F.M.S. |

Fonte: BVS e Portal de Periódicos da CAPES, 2007 – 2011.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Das 1650 publicações encontradas, 35 atenderam aos critérios de seleção, sendo que o maior número de publicações foi na base da BVS, com nove publicações a mais que o Portal de Periódicos da CAPES. Em relação à classificação por temas, observou-se que as publicações referiram-se ao processo de trabalho no período perioperatório, com 23 trabalhos e segurança do paciente, com 12.

O tema processo de trabalho no período perioperatório obteve o maior número de publicações nesta revisão, mostrando o impacto que o processo de trabalho tem na prática de centro cirúrgico. Este processo refere-se à assistência de enfermagem e médica fornecida aos pacientes (TANAKA, PENICHE, 2009; BOHM et al, 2010; RIBEIRO, LONGO, 2011; OLIVEIRA et al, 2009), aos recursos humanos, ao fluxo de materiais existentes no setor e à organização deste trabalho (MAYA, 2011; BORDIN, FUGULIN, 2009; KREISCHER, 2007; PERROCA, JERICÓ, FACUNDIN, 2007; SILVA, ALVIM, 2010; PASCHOAL, CASTILHO, 2010; NEPOTE, MONTEIRO, HARDY, 2009), aos registros realizados pelos profissionais (GRITTEM, MEIER, PERES, 2009; FONSECA, PENICHE, 2009; VENTURINI, MARCON, 2008; SOUZA, SOARES, NÓBREGA, 2009; NASCIMENTO et al, 2011; SETZ, D'INNOCENZO, 2009), à liderança do enfermeiro (SILVA, GALVÃO, 2007), à saúde destes trabalhadores (BARRETO et al, 2011; SCHMIDT, DANTAS, MARZIALE, 2011; OLIVEIRA, GONÇALVES, 2010; SOUZA, 2011) e à educação permanente que deve permear todo este processo (ORTIZ, RIBEIRO, GARANHANI, 2008).

Durante o período perioperatório, dentre as atividades executadas no CC estão a confirmação do jejum pré-operatório e o controle da temperatura corporal do paciente. Neste sentido, um estudo apontou que não houve complicação relacionada ao jejum pré-operatório, nem casos de regurgitação de conteúdo gástrico no momento da indução anestésica, avaliando a abreviação do jejum no pré-operatório como segura com a variação de duas a 20 horas de tempo entre a ingesta de suplemento nutricional e o início da anestesia (OLIVEIRA et al, 2009). Em outro estudo, foi confirmado que o cuidado de enfermagem com relação ao controle da temperatura do paciente no CC é desconhecido pelos profissionais de enfermagem relacionando com a formação profissional defasada, a desatualização e dificuldade de acompanhar o avanço da tecnologia (RIBEIRO; LONGO, 2011).

A desatualização dos profissionais compromete o seu compromisso com o trabalho, pois quando a limpeza da Sala Operatória (SO) não é realizada e os equipamentos de proteção individual (EPI) não são utilizados existe o risco de infecção do sítio cirúrgico (BARRETO et al, 2011). No entanto existe interesse em participar de atualizações e cursos haja vista o estudo sobre a educação permanente, o qual identificou que a maioria dos enfermeiros que trabalha na área perioperatória tem interesse na abertura de cursos de EAD. Ainda sugerem como temas as cirurgias por vídeo, ética profissional, instrumental cirúrgico, transplantes, anestesia e liderança de equipe (ORTIZ; RIBEIRO; GARANHANI, 2008).

Com relação à liderança, foi constatado que o estilo compartilhar é o mais utilizado pelo enfermeiro perante as atividades na SO, enquanto que o estilo delegar é aquele que deveria ser utilizado em relação ao alto nível de maturidade do liderado. O estilo de liderança adotado pelo enfermeiro determinará o seu sucesso como líder. (SILVA; GALVÃO, 2007). No que se refere ao tempo das enfermeiras em uma unidade médico-cirúrgica, um dos estudos identificou e analisou sua distribuição, destacando que a metade do tempo é dedicada às intervenções de cuidado indireto ao paciente e que a eficiência desses profissionais é considerada excelente para a produtividade, fatos que confirmam a necessidade de dimensionamento de pessoal adequado conforme preconizam os órgãos oficiais (BORDIN; FUGULIN, 2009).

Como líder o enfermeiro enfrenta situações de estresse, ansiedade, depressão dos profissionais de sua equipe; falta de material, acidentes ocupacionais. Neste sentido, foi confirmado que os profissionais percebem seu trabalho como trabalho como desgastante e estressante devido ao modelo de organização do processo de trabalho na instituição, embora o cuidado seja promovido em prol da plena restauração do paciente (MAYA, 2011; KREISCHER, 2007; SILVA, ALVIM, 2010).

Esta forma de organização desperta sentimentos como ansiedade e depressão, sendo que a ansiedade ocorre com maior frequência nos profissionais que trabalham em instituições privadas e naqueles que não possuem duplo vínculo empregatício. Já a depressão está mais associada ao duplo emprego, sendo considerada a causa de adoecimento dos próximos anos conforme a OMS (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011). Outros aspectos relacionados com a liderança dizem respeito ao suprimento de materiais e equipamentos para que a SO seja apropriada para a realização de cirurgias. Um estudo destacou que o enfermeiro enfrenta dificuldade com a falta de materiais e relacionando com o

pouco tempo de trabalho do enfermeiro no CC, pouca atuação nesta especialidade e não possuir especialização, implicando em riscos anestésico-cirúrgicos ao paciente (TANAKA; PENICHE, 2009). No entanto, para reduzir custos, foi identificado que ao implantar um Sistema de Gestão de Materiais informatizado no CC houve redução do consumo e dos gastos para a instituição e que uma análise de índices operacionais apontou que o trabalho em equipe e a definição dos processos trariam resultados satisfatórios no gerenciamento desta unidade (PASCHOAL, CASTILHO, 2010; NEPOTE, MONTEIRO, HARDY, 2009).

Observa-se a existência de fatores de riscos biológicos, químicos, ergonômicos, acidentes ou mecânicos no ambiente do CC e que há necessidade de promover programas para a prevenção de riscos encontrados no CC. Estas situações de risco expõem os profissionais ao estresse, lombalgia, varizes, fadiga muscular, lesões de coluna, problemas digestivos, transtornos do sono e problemas nas articulações foram as doenças mais comuns (SOUZA, 2011).

Ainda com relação a situações de risco, a notificação de acidente com material perfuro-cortante nas instituições deve ser levada em conta como forma de alerta aos demais profissionais, para que sejam implementadas estratégias de redução destes acidentes. Foi apontado que a falta de atenção dos profissionais (36,7%) e as más condições de trabalho (20%) são os fatores que mais contribuem para sua ocorrência (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2010).

Assim, percebe-se que o processo de trabalho em CC é emocionalmente desgastante, com rigorosas normas, atividade técnica e presença de tecnologias, favorecendo os acidentes ocupacionais e as doenças, tanto físicas quanto psiquiátricas.

Todavia, estes fatores também influenciam na organização do trabalho em CC, variando os assuntos desde o cancelamento de procedimentos cirúrgicos, consumo de materiais, índices operacionais e taxa de ocupação, o contexto do cuidado, elementos que integram este ambiente, distribuição do tempo das enfermeiras até a percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no CC. Todos os estudos referem-se às funções administrativas realizadas, as quais visam, direta ou indiretamente, aprimorar a assistência ao paciente.

Outro aspecto que influencia no processo de trabalho é a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do paciente e, também, organiza o cuidado prestado (TANNURE, 2008). Na área do CC é utilizado um modelo assistencial denominado de Sistema de

Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) que promove uma assistência individual, participativa, contínua e integral, documentando e avaliando as ações prestadas (FONSECA; PENICHE, 2009). Neste sentido, alguns estudos abordaram a SAE e a SAEP através de revisão integrativa sobre a produção nacional de enfermagem em CC, destacando as facilidades e adversidades vivenciadas pela equipe de enfermagem para fornecer assistência segura e de qualidade aos pacientes e suas famílias (FONSECA; PENICHE, 2009). Nessa perspectiva, em outras publicações, evidencia-se a implementação da SAE, com a aplicação de instrumentos de coleta de dados tanto através da listagem de indicadores empíricos quanto de intervenções de enfermagem, com seus respectivos diagnósticos (SOUZA, SOARES, NÓBREGA, 2009; NASCIMENTO et al, 2011). Por outro lado, foi evidenciado que fatores técnicos, científicos, sociais, financeiros e políticos envolvem a prática de enfermagem e foram descritos por interferirem direta ou indiretamente na tomada de decisão do enfermeiro. Neste sentido, no que se refere ao gerenciamento e planejamento da assistência aos pacientes cirúrgicos; existe dificuldade para implementação da SAEP, o que poderia trazer inúmeros benefícios aos profissionais, pacientes e, também, para suas famílias (GRITTEM; MEIER; PERES, 2009). Com relação a organização dos trabalhos dos médicos, foi verificado que a presença de médicos assistentes em cirurgias ortopédicas reduziu custos, aumentou o rendimento cirúrgico com economia de tempo para os cirurgiões e reduziu o tempo de espera dos pacientes na lista. (BOHM et al,2010)

Ao avaliar os registros de enfermagem, seja de forma qualitativa ou quantitativa, foram consideradas completas somente as prescrições de enfermagem de pós-operatório (PO) e anotações de PO, enquanto, em sua maioria, a evolução de lesões cutâneas e registros sobre a alta dos pacientes estavam incompletos, sendo avaliados em sua maioria como irregular (VENTURINI, MARCON, 2008; SETZ, D'INNOCENZO, 2009).

Estas falhas identificadas comprometem o cuidado de enfermagem oferecido ao paciente, pois onde não há registro também não há garantia de que o cuidado foi prestado. Em contrapartida, para que estas falhas não se perpetuem, é necessário que os profissionais reconheçam que a SAE respalda legalmente o profissional e garante a segurança do paciente ao promover a continuidade do cuidado.

A segurança do paciente permeia os estudos sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem e outras questões. Essa realidade é constatada quando, no decorrer estudo, encontrou-se número menor de

artigos sobre o tema na pesquisa utilizando a combinação dos descritores enfermagem de centro cirúrgico e segurança do paciente. Este assunto tem sido o foco de várias publicações atuais, com assuntos relevantes e impactantes aos serviços de saúde, como a ocorrência de eventos adversos (EA), complicações da situação clínica dos pacientes, avaliação da cultura de segurança nas instituições, aplicação de *checklists* que favorecem a segurança, promoção da autonomia do paciente como fator essencial a sua segurança e a percepção do paciente frente ao procedimento cirúrgico e equipe de enfermagem.

Assim, dentre as complicações decorrentes de um procedimento cirúrgico no paciente idoso, um estudo apontou a hipotermia, a dor e a elevação da pressão arterial como complicações frequentes através das histórias clínicas destes pacientes, evidenciando a necessidade da visita pré-operatória do enfermeiro para avaliação dos fatores de risco e garantir a segurança do paciente ao prevenir eventos adversos (MENDOZA; PENICHE, 2010). Os eventos adversos são injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Nos pacientes cirúrgicos podem ocorrer EA sérios tais como: cirurgia realizada em local errado e em paciente errado, procedimento cirúrgico errado, retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e morte no intra-operatório ou pós-operatório imediato, em pacientes sem comorbidades (VENDRAMINI, 2010).

Neste sentido, os EA são descritos e analisados, constatando que sua ocorrência está relacionada à organização do serviço e à assistência, resultando, muitas vezes, em processos judiciais (SOUZA et al, 2011; CARNEIRO et al, 2011; SANTOS, SOLARI, VENTURA, 2010). Assim, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, a promoção da segurança do paciente é preciso adotar estratégias de conscientização para a notificação destes EA e para práticas não punitivas (SOUZA et al, 2011; CARNEIRO et al, 2011). Outra forma de prevenir os EA em CC é através da aplicação de *checklists*, como a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS e o Protocolo Universal da *Joint Commission* para prevenir erro, procedimento e paciente errado. Porém, para estabelecer processos seguros durante as cirurgias é necessário orientação e conscientização dos profissionais sobre a segurança dos pacientes (VENDRAMINI et al, 2010; GRIGOLETO, GIMENES, AVELAR, 2011; THOMASSEN et al, 2010).

Além desta conscientização dos profissionais, também é necessário conscientizar os pacientes sobre sua autonomia, possibilitando-o de interar-se do seu cuidado e decidir sobre si mesmo. Desta forma, foi identificado que o trabalho em equipe favorece o respeito a autonomia do paciente por meio de decisões flexíveis e descentralizadas que superam a hegemonia médica tradicional e também a percepção dos pacientes sobre os cuidados prestados (URIBE et al, 2011).

Sob a ótica da percepção dos pacientes frente ao procedimento cirúrgico e ao atendimento da equipe, os mesmos identificaram o longo tempo de espera pela cirurgia que, muitas vezes, resulta no cancelamento do seu procedimento; avaliaram a falta de orientação pré-operatória para adultos e crianças, assim como a ausência de identificação dos profissionais; e apontaram a necessidade da presença do familiar neste momento difícil. Desta forma, percebemos a necessidade de um cuidado humanizado, sem esquecer as tecnologias, e da reflexão por parte dos profissionais para garantir um atendimento multidimensional no período perioperatório (SILVA, GARANHANI, 2011; HARIHARAN et al, 2009; AGUIAR, 2007; CALLEGARO et al, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão foram apresentados 35 estudos que contribuem para o desenvolvimento científico da profissão, ao descreverem e analisarem o processo de trabalho da enfermagem no contexto cirúrgico, com suas fragilidades e potencialidades, e sua relação com a segurança do paciente. Além de apontar a existência de novas práticas que visam à segurança, demonstrou que as condutas antigamente utilizadas já estão ultrapassadas.

Foi possível compreender que as questões referentes aos recursos humanos, como afastamentos e quantidade de profissionais adequada; a existência dos materiais essenciais para os procedimentos; o cancelamento de cirurgias; a distribuição do tempo dos enfermeiros em CC, assim como a liderança e a coordenação exercidas por eles nesta unidade; aos registros precisos da assistência realizada pela equipe cirúrgica; à saúde dos trabalhadores; e à educação permanente que deve permear todo este processo influenciam diretamente sobre a segurança do paciente cirúrgico, uma vez que qualquer evento adverso sucedido destas questões colocará em risco a qualidade da assistência prestada.

Verificou-se que nos anos de 2010 e 2011 foi publicado o maior número dos estudos e a maioria era artigos científicos de metodologia quantitativa. Entretanto, os estudos se concentraram mais na área da enfermagem haja vista que apenas um estudo tratou da organização do trabalho médico no CC ao averiguar o trabalho de médicos assistentes em cirurgias ortopédicas.

Assim, diante da diversidade de estudos pesquisados conclui-se que o objetivo proposto foi alcançado e que a construção do conhecimento influencia o enfermeiro na melhoria da qualidade da assistência. Sendo necessário continuar a busca de práticas baseadas em evidências para obter, de forma crescente, resultados positivos na segurança do paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.I.F. **Transplante hepático**: o significado para aqueles que vivenciam a espera pelo procedimento cirúrgico. 2007. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

BARRETO, R.A.S.S et al. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.2, p.269-75, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a13.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

BIREME. **Porque a BVS é essencial?** Disponível em: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=16&item=159>>. Acesso em: 29 jun 2012.

BOHM, E.R et al. Experience with physician assistants in a Canadian arthroplasty program. **Can J Surg**, v.53, n.2, p.103-8 apr. 2010.

BORDIN, L.C; FUGULIN, F.M.T. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.4, p.833-40, 2009.

CALLEGARO, G.D et al. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n.3, p.132-142, jul-set. 2010.

CAPES. **Missão e objetivos.** O portal de periódicos da CAPES. Disponível em: http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&mn=69&smn=74>. Acesso em: 29 jun 2012.

CARNEIRO, F.S et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.204-11 abr-jun. 2011.

FONSECA, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.4, p.428-33, 2009.

FRAGATA, J.I.G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev Port Saúde Pública**. v.10, p.17-26, 2010.

GALVÃO, C.M. Níveis de Evidência. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.2, 2006.

GRIGOLETO, A.R.L; GIMENES, F.R.E; AVELAR, M.C.Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13, n.2, p.347-54, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

GRITTEM, L; MEIER, M.J; PERES, A.M. Sistematização da assistência perioperatória: uma pesquisa qualitativa. **Online Braz. J. Nurs**, v.8, n.3, dez. 2009.

HARIHARAN, S et al. Percepção dos pacientes a respeito da utilidade do ambulatório de avaliação pré-anestésica em um país caribenho em desenvolvimento. **Rev. Bras. Anesthesiol**, v.59, n.2, p.194-205, 2009.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY. **International Patient Safety Goals**. 2008. Disponível em: www.jcipientsafety.org/29083/. Acesso em: 16 junho 2012.

KREISCHER, D.E. **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital**

universitário. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MAYA, A.M.S. Cirugía: un contexto diferente de cuidado. **Avances en Enfermería**, v. 29, n.1, p.55-66, 2011.

MENDOZA, I.Y.Q; PENICHE, A.C.G. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. **Invest Educ Enferm**, v.28, n.3, p.355-62, 2010.

NASCIMENTO, D.M et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.2, p.165-73, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a02.htm>. Acesso em 29 jun 2012.

NEPOTE, M.H.A; MONTEIRO, I.U; HARDY, E. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.4, jul-ago. 2009.

OLIVEIRA, A.C; GONÇALVES, J.A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.482-7, 2010.

OLIVEIRA, K.G.B et al. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? **Rev. Bras. Anesthesiol**, v.59, n.5, p.577-584, 2009.

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

ORTIZ, M.C.L; RIBEIRO, R.P; GARANHANI, M.L. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. **Cogitare Enferm.**,v.13, n.4, p.558-65, out-dez. 2008.

PAIVA, M.C.S; PAIVA, S.A.R; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.287-94, 2010.

PASCHOAL, M.L.H; CASTILHO, V. Consumo de materiais em centro cirúrgico após implementação de sistema de gestão informatizado. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.6, p.887-93, nov-dez. 2010.

PERROCA, M.G; JERICÓ, M.C; FACUNDIN, S.D. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Rev Esc Enferm. USP**, v.41, n.1, p.113-9, 2007.

RIBEIRO, D.R; LONGO, A.R.T. Hipotermia como fator de risco para infecção de sítio cirúrgico: conhecimento dos profissionais de enfermagem de nível médio. **Rev. Min. Enferm.** v.15, n.1, p.34-41, jan.-mar. 2011.

ROMAN, A.R; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.3, n.2, p.109-12, 1998.

SANTOS, W; SOLARI, H.P; VENTURA, M.P. Processos judiciais em oftalmologia: análise de possíveis fatores desencadeantes. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v.72, n.6, p.501-4, 2010.

SCHMIDT, D.R.C; DANTAS, R.A.S; MARZIALE, M.H.P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.2, p.487-93, 2011.

SETZ, V.G; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n.3, p.313-7, 2009.

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n.3, p.427-34, maio-jun. 2010.

SILVA, J.P; GARRANHANI, M.L. O significado do cuidado perioperatório para a criança cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.2, p.259-68, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a12.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

SILVA, M.A; GALVÃO, C.M. Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.1, p.104-12, 2007.

SOUZA, A.P.M.A; SOARES, M.J.G.O; NÓBREGA, M.M.L. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.3, p.501-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a06.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

SOUZA, F.M.S. **Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem**. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, L.P et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.1, p.127-33, jan-mar, 2011.

TANAKA, D.S; PENICHE, A.C.G. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.5, p.618-23, 2009.

TANNURE, M.C. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

THOMASSEN, O et al. Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. **BMC Health Serv Res**, v.10, p.342, 2010.

URIBEA, G.E.L et al. Factores explicativos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica. **Gac Sanit.**, v.25, n.6, p.461-467, 2011.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VENDRAMINI, R.C.R et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.827-32, 2010.

VENTURINI, D.A; MARCON, S.S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.5, p.570-5, set-out. 2008.

3 MÉTODO

3.1 NATUREZA, TIPO E ASPECTOS ÉTICOS DE PESQUISA

Pesquisa de natureza qualitativa, em que se investiga os fenômenos utilizando métodos aprofundados para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado destes fenômenos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Tratou-se, de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que mantém relação com a situação social em todo o processo, com o objetivo de encontrar solução para os problemas, realizar mudanças e implantar inovações neste local. Com isso revela os movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

O tema pesquisado emergiu do contexto da prática e, com isso, teve o compromisso de melhorar o local pesquisado, através de técnicas e métodos que envolveram os sujeitos de forma ativa na pesquisa, além de dar retorno imediato dos resultados ao campo de pesquisa. Nestes resultados estavam descobertas as realidades e resolvidos os problemas (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA possui três fases que delinham os estudos e são chamadas de: fase de instrumentação, fase de perscrutação e fase de interpretação. Na fase de instrumentação é possível esquematizar os procedimentos metodológicos, ou seja, escolher o local da pesquisa, os participantes e as técnicas para obtenção e análise das informações, que são descritas conforme o desenvolvimento da metodologia. Por causa da relação constante com a prática, o desenho da pesquisa precisa observar a vivência do grupo que está envolvido na pesquisa. A fase de perscrutação é aquela na qual as técnicas estudadas para a obtenção dos dados são aplicadas. E a fase de interpretação, aborda os resultados do estudo, sua forma de organização e sua análise que consta de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida no CC de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Esta instituição teve sua fundação na década de 80 e possui assistência de enfermagem sistematizada, sendo sua prática baseada em metodologia específica, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (KUHLEN; MARKUS; DA CORREGGIO, 2008).

3.2.1 Contextualização do Centro Cirúrgico

O espaço físico do CC é composto por secretaria, vestiário masculino e feminino, copa, repouso dos funcionários, monta carga sujo e limpo, corredores interno e externo; cinco salas cirúrgicas, sendo quatro destinadas aos procedimentos cirúrgicos de grande porte e uma sala especial para procedimentos simples que requeiram anestesia local; arsenal, onde são depositados os materiais estéreis para utilização imediata; expurgo interno e expurgo externo, sala de material de vídeo-cirurgias que se encontra desativada, sala de recuperação pós-anestésica. O Anexo L mostra o mapa físico do setor (DA CORREGGIO; MEDEIROS, 2010)

As especialidades cirúrgicas são cirurgia geral, cabeça e pescoço, plástica, vascular, torácica, bucomaxilofacial, ginecologia, urologia e proctologia. Sendo que destas especialidades, a cirurgia geral e a cirurgia vascular ganham destaque por serem referência em Alta Complexidade com a realização de cirurgia bariátrica e *by-pass* endoarteriais e endarterectomia, aumentando ainda mais a complexidade do setor e a responsabilidade dos profissionais, pois envolvem várias etapas críticas, sendo cada uma, uma oportunidade de falha e potenciadora de causar dano aos pacientes.

A equipe de trabalho do CC é composta por médicos cirurgiões e anesthesiologistas, enfermeiros, instrumentadores cirúrgicos, técnicos e auxiliares de enfermagem que também atuam como circulantes da SO, residentes da residência em medicina (cirurgia e anestesia) e da residência multiprofissional (enfermagem e odontologia), assim como a transição de estudantes de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, assistentes administrativos e funcionários de serviços gerais.

Há uma relação do setor com os vários serviços de apoio, como o laboratório de análises clínicas, a radiologia, a cardiologia, o banco de sangue, o almoxarifado e a farmácia. Com o laboratório, esta relação se dá quando há necessidade de coleta de exames laboratoriais do paciente, sendo a coleta de responsabilidade do anesthesiologista quando o paciente se encontra na SO e do enfermeiro ou técnico de enfermagem quando o paciente está na SRPA; a entrega do sangue coletado ao laboratório é feita pelo auxiliar de enfermagem. A radiologia e a cardiologia são ativadas e os técnicos de radiologia e de enfermagem vêm ao CC quando uma radiografia e um eletrocardiograma do paciente são solicitados, seja na SO ou na SRPA. O banco de sangue dirige-se ao CC quando há entrega das bolsas de sangue reservadas para o paciente durante a cirurgia, após o preenchimento da solicitação pelo anesthesiologista responsável. A ligação com a farmácia se dá no abastecimento de medicamentos do setor, tanto aqueles incluídos na cota semanal como aqueles para utilização de urgência, sendo responsabilidade do auxiliar de enfermagem buscá-los. O almoxarifado repõe os diversos materiais solicitados semanalmente, tanto os permanentes, de escritório e assistenciais, como os materiais consignados, a partir da solicitação feita pelo auxiliar administrativo e de acordo com as necessidades semanais ou quinzenais.

Existe um fluxo de atendimento ao paciente na instituição que pode ocorrer de duas formas, pelo serviço ambulatorial ou pela emergência. A partir deste momento, o paciente é considerado internado e pode, ou não, dependendo de sua condição clínica, ser encaminhado ao CC. No CC, o paciente pode ser submetido ao procedimento sob duas condições: como paciente externo ou internado. O paciente externo é aquele considerado sem necessidade de internação hospitalar após o procedimento cirúrgico, geralmente vindo do ambulatório. E o paciente internado é aquele que vem do serviço de emergência ou das unidades de internação, quais sejam: unidades cirúrgicas, médicas e de terapia intensiva. Entretanto, também existem os pacientes que são encaminhados do ambulatório para o CC e que necessitam de internação após o procedimento cirúrgico.

Assim, o atendimento aos familiares dos pacientes submetidos à cirurgia funciona da seguinte forma: o paciente e acompanhante são recebidos na entrada do CC por um profissional, geralmente o enfermeiro, que se apresenta e fornece orientações aos familiares sobre o tempo de cirurgia, o que será realizado e solicitado que aguardem externamente ao setor. O paciente e o profissional dirigem-se à SO onde é feita a preparação para os procedimentos anestésico-cirúrgicos. Após o

término da cirurgia o paciente sai da SO acompanhado do técnico de enfermagem, ou enfermeiro, e do anestesiológico até a SRPA onde permanece por no mínimo uma hora após o procedimento. A alta é fornecida pelo anestesiológico somente quando alcançado dez pontos na escala de Aldrette e Kroulik, tanto nos pacientes internados como naqueles considerados externos. Porém, no caso de cirurgia externa o paciente permanece na SRPA até levantar-se da maca, sentar-se em cadeira e ingerir uma porção de dieta pastosa e sem referir disfagia, podendo ir para casa somente acompanhado.

Neste caso, as informações sobre as condições do paciente após a cirurgia, como curativos e retirada de pontos, são prestadas ao acompanhante, pois não existe a contra referência para a unidade básica de saúde. Porém, quando o paciente está internado, as informações sobre as intercorrências no transoperatório são fornecidas ao enfermeiro da unidade de origem, a família é informada da saída do paciente e o mesmo retorna ao leito acompanhado pelo auxiliar de enfermagem do CC.

3.3 SUJEITOS

Para escolher os participantes optou-se pela acessibilidade, desta forma, foram selecionados os sujeitos envolvidos no problema com informações para abranger as dimensões do fenômeno (TRENTINI; PAIM, 2004).

Participaram da pesquisa 23 profissionais do CC assim distribuídos: cinco técnicos de enfermagem; dois instrumentadores cirúrgicos; dois enfermeiros; dois auxiliares de enfermagem; quatro médicos anestesiológicos; cinco médicos cirurgiões e três cirurgiões dentistas. Como critérios de seleção foram adotados o fato de pertencer ao CC, aceitar participar livremente do estudo assinando o TCLE, não estar em período de férias ou outros afastamentos durante o período de coleta de dados (SEXTON et al, 2006).

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nesta fase, caracterizada como fase de perscrutação, as estratégias já definidas na fase de instrumentação foram aplicadas. Assim, utilizamos a observação participante. A observação é um processo que tem o intuito de obter informações acerca do fenômeno em estudo e capta uma variedade de fenômenos em determinado local, podendo o pesquisador participar plenamente da vida cotidiana do grupo com dois propósitos: atuar nas atividades locais e observar/registrar a situação social, ou seja, as ações, as pessoas e as relações sociais (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na observação participante, o observador faz parte do funcionamento do grupo em estudo, observando e registrando informações. Ao assumir um papel participativo, de imersão no cenário estudado, ele percebe aquilo que poderia passar despercebido por outro observador. Esta observação pode ser suplementada por outras informações fornecidas em entrevistas com os sujeitos do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, no Anexo K, da OMS foi utilizada como instrumento de pesquisa da observação participante. Para aprimorar a coleta dos dados, acrescentamos ao *checklist* alguns itens de identificação dos procedimentos, quais sejam: data da cirurgia, cirurgia realizada, diagnóstico pré-operatório e pós-operatório, início da cirurgia e término da cirurgia.

Associado a observação participante foram realizadas entrevistas. As entrevistas tendem a apresentar uma natureza de conversação, uma técnica para aprender sobre as percepções dos sujeitos. Neste caso, a entrevista enfocada ou semi-estruturada, é utilizada quando o pesquisador precisa descobrir alguns tópicos, previamente escritos, para garantir que todas as questões sejam cobertas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O formulário de entrevista foi composto por questões abertas que permitiram aos participantes responderem com as suas próprias palavras, além de obter informações mais ricas e completas de acordo com a vontade deles (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Além destas questões, o formulário foi composto por identificação do sujeito: iniciais do nome, categoria profissional e tempo de trabalho neste CC (Apêndice A). O registro destas informações foi realizado através de gravações em fitas e em diário de campo. Ao final de cada dia da coleta dos dados, um

diário de campo foi alimentado com os acontecimentos durante todo o período de coleta, uma vez que o diário é uma antiga forma de registro para registrar as percepções e observações de si mesmo e de outras pessoas (TRENTINI; PAIM, 2004).

O diário de campo é a forma mais comum de registros nos estudos de observação participante, sendo a qualidade das informações nele contidas responsáveis pelo sucesso do estudo. Entretanto, para que isto seja possível, os observadores participantes precisam guardar as informações mentalmente para posterior redação com o intuito de não prejudicar seu papel como participante (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). No diário de campo foram registrados sentimentos, problemas, ideias, facilidades e dificuldades ocorridas durante a coleta de dados.

3.5 A COLETA DOS DADOS

A sensibilização da equipe médica e de enfermagem antes de iniciar a coleta dos dados é um fator imprescindível para o sucesso do trabalho. Neste sentido, realizamos dois encontros, um com as chefias de enfermagem cirúrgica na presença da Diretora de Enfermagem da instituição no dia 13 de agosto de 2012 e outro com os residentes de cirurgia geral juntamente aos cirurgiões responsáveis desta especialidade, no dia 20 de agosto de 2012.

Nas duas reuniões apresentamos os resultados do estudo realizado durante a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (DA CORREGGIO, 2012) e o presente projeto de mestrado. O método da pesquisa foi detalhadamente apresentado, assim como o cronograma para que todos tivessem conhecimento das ações programadas. Os presentes nas reuniões aprovaram a realização do estudo destacando que havia interesse tanto profissional quanto institucional no alcance dos objetivos da presente pesquisa.

Antes de iniciar a coleta dos dados, sugerimos às Chefias de Enfermagem Cirúrgica uma visita ao Hospital Santa Catarina (HSC) em Blumenau com o intuito de conhecer a realidade da instituição no que se refere à segurança do paciente, principalmente como ocorre a aplicação da LVSC. Assim, no dia 22 de agosto de 2012 realizamos a visita com a participação de duas professoras do Departamento de Enfermagem da UFSC, dois enfermeiros do CC do HU-UFSC e duas acadêmicas de enfermagem da UFSC. O relatório desta visita encontra-se no Apêndice B.

A organização da coleta de dados envolveu a realização de dois encontros com os participantes: o primeiro para apresentar o projeto de

pesquisa e a LVSC, assinar o TCLE, realizar uma simulação de uso da LVSC e realizar a primeira entrevista individual guiada pelo formulário de questões abertas para obter as primeiras impressões da LVSC; e o segundo encontro para realizar a segunda entrevista individual aos mesmos profissionais guiada pelo mesmo formulário para obter informações adicionais a respeito da utilização desta LVSC.

A LVSC foi aplicada em sete cirurgias, dentre elas duas da especialidade cabeça e pescoço, duas da urologia, duas da cirurgia vascular e uma da odontologia. Quanto ao tipo de cirurgia, duas eram de tireoidectomia total, uma de ureterolitotripsia, uma de nefrolitotomia percutânea, duas de amputações sendo uma em nível de perna e outra de coxa e uma exodontia. Ressaltamos que não houve a segunda aplicação da LVSC com a equipe da cirurgia odontológica, pois esta especialidade opera apenas uma vez por mês e, por vezes, não está escalada para operar, devido ao rodízio de especialidades realizado na instituição.

Optamos por estas especialidades devido aos seguintes pontos: à receptividade e interesse dos profissionais da equipe em aplicar a LVSC nas suas cirurgias; a necessidade de determinar a lateralidade nas cirurgias selecionadas e a colaboração de pacientes e familiares para informar dados pré-operatórios.

A entrevista foi realizada em dois momentos, o primeiro teve como objetivo obter as primeiras impressões da vivência dos participantes, individualmente, frente à LVSC; já o segundo momento teve como objetivo obter a avaliação deste mesmo participante frente à aplicação da LVSC. Destacamos que o formulário de entrevista foi o mesmo nos dois momentos, porém no segundo momento houve saturação dos dados, sendo realizadas 23 entrevistas no primeiro momento e 17 entrevistas no segundo momento, totalizando 40 entrevistas.

3.6 A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram tratados por meio da análise temática, seguindo seus passos, quais sejam a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados e interpretação. Nesta análise o núcleo de sentido foi destacado, considerando o significado deste para o objetivo proposto pelo estudo (MINAYO, 2007).

A análise temática foi realizada em três momentos. Na pré-análise os dados da observação não participante foram preparados para a leitura flutuante do texto, quando foram elaborados indicadores que representam a homogeneidade e pertinência dos eixos de análise. Na

exploração do material os dados foram codificados e receberam significados que compuseram o quadro de resultados que remeteram aos objetivos indicando descobertas esperadas ou não. Finalmente as informações de relevância foram agrupadas em unidades que formaram uma representação do conteúdo, que constituiu a última fase.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS

O estudo teve como preocupação respeitar os princípios éticos durante a pesquisa, atentando-se aos critérios do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

A possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa e o acesso aos dados coletados foram assegurados, sem causar prejuízos aos sujeitos. A imagem e identidade do sujeito de pesquisa foram mantidas em absoluto sigilo. O sujeito não teve gasto, risco ou prejuízo decorrente de sua participação na pesquisa, bem como não houve ônus pela sua participação. Assim como, foi garantido o esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) foram respeitadas.

Esta resolução baseia-se nos quatro princípios da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, com o intuito de assegurar os direitos e deveres a respeito da comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Para compreender os preceitos éticos e bioéticos, explicitamos alguns conceitos (BRASIL, 1996):

1. Autonomia: os sujeitos consentem livremente e são esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, além de serem tratados com dignidade.
2. Beneficência: os sujeitos garantem o máximo de benefícios com a pesquisa e o mínimo de riscos e danos, uma ponderação entre riscos e benefícios.
3. Não-maleficência: serão garantidos aos sujeitos de que os danos previstos serão evitados.
4. Justiça: a pesquisa trará vantagens significativas para os sujeitos e redução dos ônus, considerando os interesses dos envolvidos.

A partir do entendimento destes preceitos, a proposta do estudo foi encaminhada à instituição envolvida e submetida ao Comitê de Ética

e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC para aprovação, sob o número 1927/12 (Anexo M)

Neste sentido, foi elaborado o TCLE, que está no Apêndice C, que visa garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas. Os sujeitos foram convidados a participar espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os mesmos. Foram garantidos aos sujeitos autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça.

O anonimato das participantes foi resguardado. Os sujeitos foram identificados de acordo com sua categoria profissional, seguido de um algarismo arábico (ex.: médico 1 -MD1; enfermeiro 1 - ENF1; técnico de enfermagem 1 - TE1; auxiliar de enfermagem 1 - AE1; dentista 1 – DENT1 e instrumentador cirúrgico 1 – IC1).

Sendo assim, no decorrer da pesquisa foram respeitados os seguintes aspectos éticos:

1. Somente após a assinatura do TCLE pelos sujeitos as entrevistas foram aplicadas;
2. Antes de iniciar as entrevistas, os objetivos e a metodologia foram apresentados a todos os participantes;
3. A todos os participantes foram garantidos o respeito de desistência ou de não participar de qualquer etapa da pesquisa, assim como seu anonimato;
4. As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, cuidando-se com sua fidedignidade;
5. Antes, durante e após as entrevistas, a pesquisadora disponibilizou-se para os questionamentos referentes à pesquisa e à real situação do Centro Cirúrgico no que se refere à segurança do paciente e à aplicação da LVSC, favorecendo o contato com os sujeitos e plantando a semente de uma assistência ao paciente de melhor qualidade e, conseqüentemente, mais segura;
6. Ao final da pesquisa, os dados reais, sem supressão, falsificação ou invenção de resultados foram relatados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta dissertação estão apresentados na forma de artigos, conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 (ANEXO N) que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Seguem neste capítulo três manuscritos elaborados a partir dos resultados encontrados e intitulados, respectivamente, como: *Fragilidades e potencialidades na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital Universitário, Recomendação e o comportamento da equipe cirúrgica na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em um Hospital Universitário.*

4.1 MANUSCRITO 2 - FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO³

WEAKNESSES AND POTENTIAL USE THE CHECKLIST OF SURGICAL SAFETY IN A UNIVERSITY HOSPITAL

DEBILIDADES Y FORTALEZAS EN EL USO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Thâmy Canova Da Correggio
Lucia Nazareth Amante

Resumo: Pesquisa Convergente Assistencial de abordagem qualitativa, para identificar com os profissionais que atuam em Centro Cirúrgico as fragilidades e potencialidades na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário, com a participação de 23 profissionais. A coleta dos dados foi de agosto a setembro de 2012, através da observação participante guiada pela Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e entrevistas, utilizando um formulário de questões abertas. Os resultados revelaram que os profissionais foram favoráveis à experiência de usar a lista, avaliando-a como objetiva e simples e que contempla itens essenciais de segurança, aprovando seu uso na instituição. Entretanto, a dificuldade dos médicos em participar das entrevistas e se adequar à lista, assim como a rapidez nos procedimentos e o tempo de aplicação foram citadas por poucos profissionais como fragilidades. Ressalta-se a necessidade da adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como rotina tendo em vista que a oportunidade dos profissionais em utilizar permitiu comprovar seu conteúdo teórico, podendo em longo prazo favorecer um impacto positivo na qualidade do serviço, assim como reduzir os eventos adversos na condição cirúrgica. Sendo assim, recomenda-se que seja feito um acompanhamento dos profissionais na utilização desta nova prática até que seja adaptada como rotina desta unidade.

³ Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Cuidado Intensivo e linha de pesquisa em Tecnologia e Inovações no Cuidado.

Descritores: Segurança do Paciente. Atitude do Pessoal de Saúde. Centro Cirúrgico Hospitalar. Enfermagem Perioperatória.

Abstract: Convergent Care Research qualitative approach, to identify with professionals working in the surgical weaknesses and strengths in the use of the Checklist Surgical Safety of the World Health Organization Surgical Centre at the University Hospital, with the participation of 23 professionals. Data collection was August-September 2012, through participant observation guided by Checklist Surgical Safety and interviews, using a form of open questions. The results revealed that professionals were favorable to the experience of using the list, evaluating it as objective and simple and that includes essential safety items, approving its use in the institution. However, the difficulty of the doctors participating in the interviews and adapt to the list, as well as the speed in procedures and application time by a few professionals were cited as weaknesses. We emphasize the need to adopt the Checklist Surgical Safety routinely considering that the opportunity for professionals to use has demonstrated its theoretical content, and may favor a long-term positive impact on service quality as well as reduce events adverse surgical condition. Therefore, it is recommended that monitoring is done by professionals in using this new practice until adapted routine of the unit.

Key words: Patient's Safety. Health Care Team Attitudes. Surgery Center. Perioperative Nursing.

Resumen: Investigación Convergente Care enfoque cualitativo, a identificarse con los profesionales que trabajan en las debilidades y fortalezas de cirugía en el uso de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica del Centro de la Organización Mundial de la Salud quirúrgica en el Hospital Universitario, con la participación de 23 profesionales. La recolección de datos fue en agosto-septiembre de 2012, a través de la observación participante guiada por la Seguridad Lista de verificación quirúrgica y entrevistas, mediante un formulario de preguntas abiertas. Los resultados revelaron que los profesionales eran favorables a la experiencia del uso de la lista, su evaluación lo más objetiva y simple, y que incluye los elementos esenciales de seguridad, que aprueba su uso en la institución. Sin embargo, la dificultad de los médicos que participaron en las entrevistas y se adaptan a la lista, así como la rapidez de los procedimientos y el tiempo de aplicación por parte de algunos profesionales fueron citados como puntos débiles. Hacemos hincapié en la necesidad de adoptar la lista de verificación

quirúrgica rutinaria de seguridad teniendo en cuenta que la oportunidad para los profesionales de utilizar ha demostrado su contenido teórico, y puede favorecer un impacto positivo a largo plazo sobre la calidad del servicio, así como reducir los eventos condición quirúrgica adverso. Por lo tanto, se recomienda que la supervisión es realizada por profesionales en el uso de esta nueva práctica hasta rutina adaptada de la unidad.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Actitud del Personal de Salud, Centro Quirúrgico Hospitalario, Enfermería Perioperatoria.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente cirúrgico tornou-se um problema mundial de saúde pública a partir de 2009, quando foi criado o Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, com o tema Cirurgias Seguras Salvam Vidas, na perspectiva de orientar os fundamentos da prática de segurança cirúrgica. Neste desafio existem quatro linhas de trabalho que foram avaliadas de acordo com suas evidências e resumidas para embasar um *checklist* da sala de operação (SO), a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), quais sejam: prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas eficientes e mensuração da assistência cirúrgica.

Este desafio e suas linhas de trabalho, uma vez incorporados aos centros cirúrgicos e clínicas cirúrgicas das instituições públicas brasileiras, oportunizam uma cirurgia segura aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se, pois da conscientização dos profissionais acerca da esterilização efetiva dos instrumentais, da antibioticoprofilaxia, dos riscos aos quais o paciente está exposto, da realização de uma visita pré-anestésica qualificada e da vigilância de rotina que avalia e mensura os serviços cirúrgicos (OMS, 2009a).

A lista criada pela OMS assegura que elementos-chave de segurança incorporem a rotina da SO. Existe 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. No período pré-operatório são abordados: a conscientização do paciente sobre o procedimento, sua identificação, confirmação do sítio cirúrgico e da cirurgia realizada; segurança dos equipamentos anestésicos e medicações a serem administradas; presença dos exames pré-operatórios e prontuário completo na SO. 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 (OMS, 2009a).

A LVSC foi desenvolvida para auxiliar as equipes cirúrgicas na redução de danos ao paciente, reforçar práticas de segurança, favorecer uma comunicação adequada entre as equipes e um melhor trabalho multidisciplinar. (OMS, 2009b). Além disso, a sua implementação está associada à redução das complicações cirúrgicas e da mortalidade em hospitais com altos padrões de cuidado (VRIES; PRINS; CROLLA, 2010). Em um estudo realizado em oito hospitais de oito cidades, também houve redução da taxa de mortalidade de 1,5% antes da introdução da LVSC para 0,8% ($p=0,003$) após sua implantação; assim como a redução das complicações cirúrgicas em paciente internados, de 11% dos pacientes para 7,0% ($p<0,001$) (HAYNES; WEISER; BERRY, 2009).

Na instituição estudada, a LVSC ainda não é utilizada como rotina do cuidado ao paciente cirúrgico. A partir deste fato e das pressuposições teóricas já relatadas, assim como das atualizações constantes que vimos realizando no âmbito profissional acerca deste tema e da preocupação com a cirurgia segura dos pacientes usuários do SUS que internam neste hospital, apresentamos como questão de pesquisa: Quais as fragilidades e potencialidades que os profissionais do CC apontam para a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário?

E como objetivo do estudo: *Identificar com os profissionais que atuam em CC as fragilidades e potencialidades na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário*

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, do tipo convergente assistencial (PCA), desenvolvido no Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, composto por cinco salas cirúrgicas, sendo quatro destinadas aos procedimentos cirúrgicos de grande porte e uma sala para procedimentos simples que requeiram anestesia local.

Participaram da pesquisa 23 profissionais, assim distribuídos: cinco técnicos de enfermagem; dois instrumentadores cirúrgicos; dois enfermeiros; dois auxiliares de enfermagem; quatro médicos

anestesiologistas; cinco médicos cirurgiões e três cirurgiões dentistas. Quanto ao tempo de trabalho destes profissionais no setor, dois trabalham a menos de um ano, 10 trabalham de um a cinco anos, um trabalha de seis a 10 anos, um de 11 a 15 anos, cinco trabalham de 16 a 20 anos e três profissionais a mais de 20 anos.

Como critérios de seleção foram adotados o fato de pertencer ao CC, aceitar participar livremente do estudo assinando o TCLE, não estar em período de férias ou outros afastamentos durante o período de coleta de dados e a acessibilidade dos profissionais (SEXTON et al, 2006).

Houve sensibilização das equipes médica e de enfermagem antes de iniciar a coleta dos dados, por meio da realização de 02 encontros, um com as chefias de enfermagem cirúrgica na presença da Diretora de Enfermagem e outro com os residentes de cirurgia geral juntamente aos cirurgiões responsáveis desta especialidade. Nestes encontros, o método da pesquisa foi detalhadamente apresentado, assim como o cronograma, para que todos tivessem conhecimento das ações programadas. Os presentes nas reuniões aprovaram a realização do estudo destacando que havia interesse tanto profissional quanto institucional no alcance dos objetivos da presente pesquisa.

Como instrumento de pesquisa, utilizamos a observação participante e a entrevista. Durante a observação participante a LVSC foi utilizada do seguinte modo: com a equipe cirúrgica escalada para o procedimento cirúrgico, a LVSC foi testada e, logo após, foi realizada a entrevista individual com cada profissional.

A LVSC foi utilizada em 07 cirurgias, sendo a entrevista, realizada em dois momentos. No primeiro momento teve como objetivo obter as impressões iniciais sobre a vivência dos participantes, individualmente, frente à LVSC; e no segundo momento teve como objetivo obter a avaliação deste mesmo participante frente à aplicação da LVSC. Para a entrevista foi utilizado um formulário específico, composto por identificação do sujeito e questões abertas sobre a LVSC. Destacamos que o formulário de entrevista foi o mesmo nos dois momentos, porém no segundo momento houve saturação dos dados, sendo realizadas 23 entrevistas no primeiro momento e 17 entrevistas no segundo momento, totalizando 40 entrevistas.

A análise dos dados seguiu os 04 processos genéricos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). No que se refere aos aspectos éticos, o estudo respeitou as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob o número 1927-12 (BRASIL, 1996)

Os sujeitos foram identificados de acordo com sua categoria profissional, seguido de um algarismo arábico (ex.: médico 1 -MD1; enfermeiro 1 - ENF1; técnico de enfermagem 1 - TE1; auxiliar de enfermagem 1 - AE1; dentista 1 – DENT1 e instrumentador cirúrgico 1 – IC1).

RESULTADOS

A LVSC foi aplicada em sete cirurgias, dentre elas duas da especialidade cabeça e pescoço, duas da urologia, duas da cirurgia vascular e uma da odontologia. Quanto ao tipo de cirurgia, duas eram de tireoidectomia total, uma de ureterolitotripsia, uma de nefrolitotomia percutânea, duas de amputações sendo uma em nível de perna e outra de coxa e uma exodontia. Ressaltamos que não houve a segunda aplicação da LVSC com a equipe da cirurgia odontológica, pois esta especialidade opera apenas uma vez por mês e, por vezes, não está escalada para operar, devido ao rodízio entre as salas e os tipos de cirurgia por especialidades que é realizado na instituição.

Optamos por estas especialidades devido à receptividade e interesse dos profissionais da equipe em aplicar a LVSC nas suas cirurgias; a necessidade de determinar a lateralidade nas cirurgias selecionadas e a colaboração de pacientes e familiares para informar dados pré-operatórios.

DISCUSSÃO

A vivência da aplicação da LVSC nos procedimentos é considerada pioneira na instituição e pôde demonstrar simplicidade durante sua utilização, porém seu uso efetivo é uma questão complexa que envolve diferentes grupos e opiniões sobre sua aceitação.

A experiência e a aceitação de profissionais da saúde em relação a listas de verificação têm sido pouco estudadas. Assim, para promover o sucesso das listas é necessário esclarecer sua aceitabilidade e seus efeitos nas relações entre os profissionais de saúde (THOMASSEN et al, 2010). Esta aceitação dependerá do conhecimento adquirido pelos profissionais a respeito da eficácia da lista, da forma como a lista de verificação foi abordada e introduzida no setor, assim como dos resultados da experiência vivenciada por eles. Neste estudo, a LVSC foi utilizada e a opinião dos participantes sobre esta experiência foi considerada boa e interessante, assim como, foi observado o conhecimento dos participantes a respeito do uso da LVSC.

Muito boa, para evitar erros [...](DENT2)

Eu achei bem importante para a segurança do paciente. Acho que questionar e confirmar dados e itens para não ocorrer erro, é fundamental [...](TE5)

Eu acho que é uma lista válida até para melhorar a certeza da cirurgia e a garantia do paciente. Se bem que, as cirurgias que a gente promove, a gente tem um contato próximo do paciente a gente acaba tendo uma segurança maior no procedimento, mas a lista é alguma coisa que vem ajudar. Então, é válida. (MD7)

Eu gostei. Eu acho que vai dar segurança para a gente. (TE4)

A maioria dos profissionais também considerou a experiência essencial para inovar o desenvolvimento de práticas assistenciais visando à segurança dos pacientes, pois a aplicação da LVSC implica na checagem de procedimentos considerados seguros pela OMS, quais sejam identificação de pacientes e profissionais; condição clínica e cirúrgica do paciente com a confirmação de diagnóstico e procedimento cirúrgico e terapia medicamentosa. Porém, percebemos que poucos participantes já realizavam estas checagens diariamente, mas não de forma verbal para toda a equipe, demonstrando que, embora os passos da LVSC sejam realizados mundialmente, poucos executam de forma sistemática (OMS, 2009b).

*[...] Na prática eu faço isso. Mas, nunca de falar e coisa assim. Mas, **mentalmente eu faço isso sempre.** (AE2)*

*Eu achei que essa lista...a gente já usa no dia a dia. Eu não achei muita dificuldade para usar ela não. A gente já fez tanto isso que, **para mim, é muito fácil.** Eu gosto de falar com o paciente, me apresentar **para o paciente. Isso aí é rotina do dia a dia.** (IC1)*

É a normatização do que já é utilizado. (MD3)

As checagens realizadas diariamente por alguns profissionais favorecem a implantação da LVSC, pois partindo do conhecimento de segurança que estes profissionais adquiriram com a prática, a sistematização de suas atividades será facilmente realizada. Embora

saibamos que a tentativa de realizar uma nova prática em qualquer instituição provocará resistência em alguns profissionais, que consideram que seja uma prática imposta, ou fora da rotina, ou ainda, um desperdício de tempo (conforme a fala do profissional TE1).

*Mas achei um pouco, assim, **complicado à primeira vista**, ser pego de surpresa numa coisa assim. **Perguntar essas coisas [...]** (TE1)*

Estas práticas consideradas como fora da rotina podem interromper o fluxo de trabalho, dificultando a introdução de novas tecnologias, porém, caso essa interrupção seja prevista, a introdução desta prática poderá ser benéfica (THOMASSEN et al, 2010). Portanto, o intuito não é alterar o fluxo de trabalho e sim fornecer à equipe um instrumento de verificação simples e eficiente para melhorar o trabalho em equipe, sua comunicação e a segurança dos pacientes (OMS, 2009b). O fato de apenas um profissional falar negativamente sobre o uso da LVSC indica que os profissionais estão abertos para a sua implementação e reconhecem o impacto positivo desta lista para a segurança do paciente.

Assim como as resistências precisam ser abordadas de maneira delicada, embora poucas fossem encontradas, as dificuldades enfrentadas pelos participantes também influenciarão na utilização da LVSC. Entretanto, neste estudo, foram raras as dificuldades apontadas pelos profissionais, dentre elas encontra-se o fato dos médicos responderem aos questionamentos e adequarem-se à LVSC. Outros apontaram a pressa em determinados procedimentos e o tempo cirúrgico como dificultadores do uso da LVSC, conforme as falas a seguir.

A dificuldade é mais com os médicos. Porque eles fizeram tipo uma chacota no início e isso vai ser um pouco difícil até eles se adequarem a isso. Os residentes, isso que eu acho que vai ser um pouco, até eles engrenarem [...] eles vão fazer chacotas com esse negócio até a coisa pegar. (AE2)

*A rotina e, às vezes, a **pressa**. Às vezes, estamos **muito apurados** ou em um **procedimento de urgência**, o paciente pode entrar sangrando e tal. E, às vezes, **não dá muito tempo de pensar na lista**. Tem outras coisas que pensamos antes, pensamos juntos na realidade. (MD9)*

*No meu ponto de vista, **dificuldade nenhuma**. Até o momento não vi dificuldade. (ENF1)*

Através das entrevistas realizadas com os médicos, percebemos que não houve barreiras para o uso da lista no CC, com exceção de um residente de cirurgia que ironizou a aplicação da LVSC durante uma cirurgia. Esta ironia vivenciada é análoga àquela realizada no início da década de 80 pelos pilotos da aviação enquanto realizavam o treinamento de gestão de recursos da tripulação. Atualmente, é raro encontrar pessoas que trabalham na aviação que não acreditem no treinamento da equipe para aumentar a cultura de segurança e a segurança da aviação (WATCHER, 2010). Sabemos que transformar esta cultura na SO é tão desafiador quanto transformar a cultura na cabine de comando de uma aeronave, porém, estamos vagarosamente aprendendo a realizar isso na prática através da orientação e conscientização das categorias profissionais (WATCHER, 2010).

Essa dificuldade assemelha-se com a encontrada em um estudo realizado na Noruega que relatou a aplicação da LVSC em uma SO, onde também houve ridicularização da lista, com piadas durante sua aplicação. No entanto, os participantes relataram que o apoio e a participação dos médicos foram fundamentais para a implementação da lista, alegando que seria muito difícil seguir adiante se o chefe possuísse alguma atitude negativa, uma vez que líderes com atitudes negativas causam impacto em novos projetos de melhoria da qualidade (THOMASSEN et al, 2010). Qualquer projeto de melhoria da qualidade precisa do apoio de líderes da instituição, livres de ceticismo, que forneçam tempo suficiente para avaliar as experiências e os efeitos da lista de verificação, além de informar, convencer e adaptar os demais profissionais (THOMASSEN et al, 2010).

Este processo de adaptação entra em conflito com a cultura organizacional existente, demonstrando que a falta de tempo, a pressa e a comunicação insuficiente na SO são barreiras conhecidas para implementar novas tecnologias no CC. Estas dificuldades também foram citadas pelos participantes do estudo norueguês, porém foram resolvidas ao longo do tempo, pois os profissionais se acostumaram com o uso da lista de verificação (THOMASSEN et al, 2010). Outras barreiras inicialmente enfrentadas na aplicação da LVSC, em um hospital privado no Sul do Brasil, foram a não aceitação dos profissionais médicos desestimulando, conseqüentemente, a equipe de enfermagem a dar continuidade ao processo. Por isso, nesta instituição, a educação em serviço é realizada com a equipe de enfermagem com o intuito de retomar as atividades anteriormente realizadas.⁴

Outro estudo brasileiro relatou como barreiras a falta de treinamento da equipe, a não adesão dos profissionais ao protocolo e a ausência de comprometimento da instituição (VENDRAMINI et al, 2010). Assim, destaca-se a educação e a supervisão como fundamentais para a continuidade do processo de implementação e também de adotar esta nova prática como política da instituição.

O treinamento da equipe e a busca por apoio das chefias de serviço foram as principais estratégias que nós utilizamos para dar início ao processo de utilização da LVSC, sendo estas consideradas facilitadoras na opinião de uma das chefias entrevistadas:

O treinamento que é bem importante. Esse trabalho iniciando como forma de treinamento. E o pessoal acatou bem esse formulário para começar. (ENF2)

Outras facilidades foram encontradas na fala dos participantes, contrapondo as dificuldades anteriormente apontadas. A maioria dos participantes relatou que a LVSC é objetiva e simples de ser utilizada. Outros citaram já possuir experiência na área cirúrgica, porém não a utilizam e aplicam seus passos automaticamente e alguns reconheceram que a usam assistematicamente, sem o roteiro, e fazem a apresentação dos profissionais.

⁴ Esta realidade foi conhecida durante a visita técnica realizada no referido nosocômio, cujo relatório encontra-se no Apêndice C - Relatório da visita ao Hospital Santa Catarina, Blumenau – SC.

No que se refere à objetividade e simplicidade apontadas, percebemos que dois princípios do desafio Cirurgia Segura Salva Vidas foram contemplados. A simplicidade é o primeiro princípio que corrobora para a redução de resistências significativas de implementação da lista, pois a aplicação de uma lista exaustiva de normas e orientações dificultaria o processo de melhoria da segurança do paciente. A ampla aplicabilidade é o segundo princípio que procura abranger todos os contextos, dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, facilitando a aplicação de uma lista objetiva em vários estados membros (OMS, 2009b). A praticidade da LVSC também pode ser percebida pela forma verbal como é conduzida, promovendo o envolvimento da própria equipe e desta com o paciente, tornando-se mais eficaz que somente na sua forma escrita (OMS, 2009b).

É rápida, é simples e é fácil de usar. (MD7)

Fácil de atender aos objetivos, fácil de serem respondidos. (MD1)

[...] Ela é muito prática, é só falar. (DENT1)

Que é tudo verbal. (MD2)

[...] A gente já fez tanto isso que, pra mim, é muito fácil. (IC1)

Este envolvimento da equipe no processo de verificação promove uma comunicação ativa entre todos, facilitando a atuação interdisciplinar. Sendo assim, o comportamento da equipe neste processo é fundamental para o sucesso da LVSC, necessitando de recomendações da própria equipe para sua melhoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método aplicado permitiu identificar com os profissionais que atuam em CC as fragilidades e potencialidades na utilização da LVSC, sendo que o formulário de questões abertas mostrou-se efetivo para a coleta dos dados. A participação dos profissionais foi essencial para a obtenção destes resultados, sendo possível sensibilizar as equipes de enfermagem e médica para o alcance da segurança do paciente no setor.

Entretanto, a adaptação dos profissionais a esta nova tecnologia, a rapidez nos procedimentos, a falta de atenção e de silêncio e a comunicação insuficiente na SO foram identificados como dificultadores do processo de utilização da lista. E o uso da lista de forma verbal, a sua objetividade e simplicidade, assim como o

conhecimento dos profissionais sobre o objetivo da lista foram considerados facilitadores no processo de sua utilização.

Destaca-se a necessidade de adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como rotina tendo em vista a oportunidade que os profissionais tiveram de utilizar e comprovar todo seu conteúdo teórico, podendo, em longo prazo, favorecer um impacto positivo na qualidade do serviço, assim como na redução dos eventos adversos na condição cirúrgica. Sendo assim, recomenda-se que seja feito um acompanhamento dos profissionais na utilização desta nova prática até que seja adaptada como rotina deste hospital.

Nossos resultados sugerem questões e ações que podem ser consideradas essenciais na implantação da LVSC. Para isso, há necessidade de que se estabeleça uma atitude colaborativa entre todos, incluindo as chefias de cirurgia, de anestesiologia e de enfermagem e os gestores do hospital para que estas medidas sejam adotadas publicamente como uma prioridade na instituição. Além disso, é imprescindível a realização de mais pesquisas na área, pois, apesar do aumento do uso de listas de verificação na área de saúde em todo o mundo, poucos estudos exploraram as experiências e opiniões dos profissionais na utilização desta nova tecnologia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em 26 out 2012.

HAYNES, A.B; WEISER, T.G; BERRY, W.R. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **The New England Journal of Medicine**, v.360, n.05, p.491 - 499, 2009. Acessado em 07 janeiro 2012.

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

_____. **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009** – Cirurgia Segura Salva Vidas / Organização Mundial da Saúde – Direção Geral da Saúde. Versão Portuguesa. 196 p. 2009b.

SEXTON, J.B et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v.6, n.44, 2006.

THOMASSEN, O et al. Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. **BMC Health Serv Res**, v.10, p.342, 2010.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em saúde-enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VENDRAMINI, R.C.R et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.827-32, 2010.

VRIES, E.N; PRINS, H.A; CROLLA, R.M.P.H. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **The new England journal of medicine**, v.363, p.1928-37, 2010. Acessado em 07 janeiro 2012.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed, 320p, 2010.

4.2 MANUSCRITO 3 - RECOMENDAÇÃO E COMPORTAMENTO DA EQUIPE CIRÚRGICA NA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RECOMENDAÇÃO E COMPORTAMENTO DA EQUIPE CIRÚRGICA NA UTILIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO⁵

RECOMMENDATION AND BEHAVIOR OF SURGICAL TEAM TO USE CHECKLIST OF SURGICAL SAFETY IN A UNIVERSITY HOSPITAL

RECOMENDACIÓN Y COMPORTAMIENTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DE USO LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Thâmy Canova Da Correggio
Lucia Nazareth Amante

Resumo: Pesquisa Convergente Assistencial de abordagem qualitativa, para levantar junto à equipe cirúrgica seu comportamento e suas recomendações durante a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário, com a participação de 23 profissionais. A coleta dos dados ocorreu de agosto a setembro de 2012, por meio da observação participante guiada pela Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e entrevistas, utilizando um formulário de questões abertas. Foi revelado que o uso da lista precisa ser um hábito, um costume, até que se torne uma rotina e como recomendações a orientação e conscientização da equipe para seu bom andamento, além

⁵ Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Cuidado Intensivo e linha de pesquisa em Tecnologia e Inovações no Cuidado.

do silêncio e da atenção durante as checagens. E no que se referem aos itens de verificação da lista, poucos destacaram a apresentação da equipe na sala operatória como dispensável. Ressalta-se a necessidade de acompanhamento dos profissionais na utilização desta nova prática, até que seja adaptada como rotina desta unidade, tendo em vista a possibilidade de favorecer em longo prazo um impacto positivo na qualidade do serviço.

Descritores: Segurança do Paciente. Atitude do Pessoal de Saúde. Centro Cirúrgico Hospitalar. Enfermagem Perioperatória.

Abstract: Convergent Care Research qualitative approach to the surgical team up with their behavior and recommendations for the use of the Checklist Surgical Safety of the World Health Organization Surgical Centre at the University Hospital, with the participation of 23 professionals. Data collection occurred from August to September 2012, through participant observation guided by Checklist Surgical Safety and interviews, using a form of open questions. It was revealed that the use of the list to be a habit, a custom, until it becomes a routine and recommendations as the orientation and awareness of the team for their good progress, but silence and attention during the checks. And the items that refer to check the list, the presentation highlighted a few of the team in the operating room as expendable. We emphasize the need to monitor the use of this new professional practice, until this unit routinely adapted in view the possibility of promoting a long-term positive impact on service quality.

Key words: Patient's Safety. Health Care Team Attitudes. Surgery Center. Perioperative Nursing.

Resumen: La investigación cualitativa convergente Care enfoque para el equipo quirúrgico con su comportamiento y recomendaciones para el uso de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica del Centro de la Organización Mundial de la Salud quirúrgica en el Hospital Universitario, con la participación de 23 profesionales. Los datos fueron recolectados entre agosto y septiembre de 2012, a través de la observación participante guiada por la Seguridad Checklist quirúrgico y entrevistas, mediante un formulario de preguntas abiertas. Se puso de manifiesto que el uso de la lista para ser un hábito, una costumbre, hasta que se convierte en una rutina y recomendaciones sobre la orientación y el conocimiento del equipo por su buen progreso, pero el silencio y la atención en los controles. Y los artículos que se refieren a revisar la lista, la presentación destacó algunos de los equipo en el quirófano

como prescindible. Hacemos hincapié en la necesidad de controlar el uso de esta práctica profesional nuevo, hasta que esta unidad de forma rutinaria adaptado en cuenta la posibilidad de promover un impacto positivo a largo plazo sobre la calidad del servicio.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Actitud del Personal de Salud, Centro Quirúrgico Hospitalario, Enfermería Perioperatoria.

INTRODUÇÃO

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), desenvolvida em 2009, reúne um conjunto simples de padrões de segurança que podem ser utilizados em todos os países e cenários como intervenções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhorar a segurança cirúrgica, com redução do número de mortes e de complicações associadas (OMS, 2009a).

Estudos têm demonstrado a eficácia desta lista, estando sua implementação associada à redução nas complicações cirúrgicas e na mortalidade em hospitais (VRIES; PRINS; CROLLA, 2010). Em um estudo realizado em oito hospitais de oito cidades, também houve redução da taxa de mortalidade de 1,5% antes da introdução da LVSC, para 0,8% ($p=0,003$) após sua implantação; assim como da redução das complicações cirúrgicas em pacientes internados, de 11% dos pacientes para 7,0% ($p<0,001$) (HAYNES; WEISER; BERRY, 2009). Este resultado corrobora com a OMS, que afirma ser o uso da lista responsável por 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 (OMS, 2009a).

A LVSC tem por objetivo auxiliar as equipes cirúrgicas na redução de danos ao paciente, reforçar práticas de segurança adequadas, prevenir as infecções cirúrgicas, favorecer uma comunicação adequada entre os membros da equipe e um melhor trabalho multidisciplinar (OMS, 2009b). Assim como, promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões de segurança, constituindo-se de uma ferramenta a ser utilizada por profissionais com interesse na melhoria da segurança cirúrgica e na redução de complicações evitáveis.

Entretanto, o comportamento e as experiências dos profissionais frente às listas de verificação podem influenciar o seu cumprimento. Pois, as listas de verificação aparentam ser extremamente simples, porém o seu uso efetivo é uma questão complexa que envolve diferentes grupos dentro do sistema de saúde e de mudança organizacional (LAURANCE, 2009).

Embora a LVSC tenha sido implementada em mais de 3.000 hospitais em todo o mundo (WHO, 2010), poucos estudos têm explorado as experiências e a aceitação dos profissionais que atuam em Centro Cirúrgico (CC) na utilização desta nova ferramenta. Assim, para promover o sucesso das listas de verificação, devemos esclarecer a sua aceitabilidade e seus efeitos sobre as relações entre os profissionais de saúde (THOMASSEN et al, 2010).

A partir das pressuposições teóricas já relatadas, assim como das atualizações constantes que vimos realizando no âmbito profissional acerca deste tema e da preocupação com a cirurgia segura dos pacientes do SUS que internam neste hospital, apresentamos como questão de pesquisa: Quais as recomendações e o comportamento dos profissionais que atuam em Centro Cirúrgico (CC) na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário? E como objetivo do estudo: Levantar junto aos profissionais do CC seu comportamento e suas recomendações na utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário

MÉTODOS

Pesquisa convergente assistencial (PCA) de abordagem qualitativa, desenvolvida no CC de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, com a participação de 23 profissionais, assim distribuídos: cinco técnicos de enfermagem; dois instrumentadores cirúrgicos; dois enfermeiros; dois auxiliares de enfermagem; quatro médicos anesthesiologistas; cinco médicos cirurgiões e três cirurgiões dentistas. Como critérios de seleção foram adotados a acessibilidade dos profissionais, o fato de pertencer ao CC, aceitar participar livremente do estudo assinando o TCLE, não estar em período de férias ou outros afastamentos durante o período de coleta de dados (SEXTON et al, 2006).

Como instrumento de pesquisa, foi utilizada a observação participante e a entrevista. Na observação participante a LVSC foi utilizada com a equipe cirúrgica escalada para o procedimento, sendo realizada uma simulação de como aplicá-la juntamente aos profissionais envolvidos e, logo após, realizada a entrevista individual com cada profissional.

A LVSC foi aplicada em 07 cirurgias e a entrevista realizada em dois momentos: no primeiro momento para obter as impressões iniciais

sobre a vivência dos participantes, individualmente, frente à LVSC; e no segundo momento para obter a avaliação deste mesmo participante frente à aplicação da LVSC. Para a entrevista foi utilizado um formulário específico, composto por identificação do sujeito e questões abertas sobre a LVSC. Destacamos que o formulário de entrevista foi o mesmo para os dois momentos, porém no segundo momento houve saturação dos dados, sendo realizadas 23 entrevistas no primeiro momento e 17 entrevistas no segundo momento, totalizando 40 entrevistas.

A análise dos dados seguiu os 04 processos genéricos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). No que se refere aos aspectos éticos, o estudo respeitou as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob o número 1927-12 (BRASIL, 1996).

O anonimato das participantes foi resguardado e os sujeitos foram identificados de acordo com sua categoria profissional, seguido de um algarismo arábico (ex.: médico 1 -MD1; enfermeiro 1 - ENF1; técnico de enfermagem 1 - TE1; auxiliar de enfermagem 1 - AE1; dentista 1 - DENT1 e instrumentador cirúrgico 1 - IC1).

RESULTADOS

A LVSC foi utilizada por 23 profissionais, sendo que, quanto ao tempo de trabalho no setor, dois trabalham a menos de um ano, 10 trabalham de um a cinco anos, um trabalha de seis a 10 anos, um de 11 a 15 anos, cinco trabalham de 16 a 20 anos e três profissionais a mais de 20 anos.

As cirurgias em que a LVSC foi aplicada eram duas da especialidade cabeça e pescoço, duas da urologia, duas da cirurgia vascular e uma da odontologia, totalizando 07 cirurgias. Quanto ao tipo de cirurgia, duas eram de tireoidectomia total, uma de ureterolitotripsia, uma de nefrolitotomia percutânea, duas de amputações sendo uma em nível de perna e outra de coxa e uma exodontia. Ressaltamos que não houve a segunda aplicação da LVSC com a equipe da cirurgia odontológica, pois esta especialidade opera apenas uma vez por mês e, por vezes, não está escalada para operar, devido ao rodízio entre as salas e os tipos de cirurgia por especialidades que é realizado na instituição.

Estas especialidades foram selecionadas devido à receptividade e interesse dos profissionais da equipe em aplicar a LVSC nas suas cirurgias; a necessidade de determinar a lateralidade nas cirurgias

selecionadas e a colaboração de pacientes e familiares para informar dados pré-operatórios.

Neste estudo, os profissionais apontam a atenção, o hábito e o costume de utilizar a LVSC até tornar-se uma rotina, como avaliação de seu comportamento. E recomendam orientar e conscientizar a equipe para seu bom andamento, além do silêncio e da atenção durante as checagens. Já, ao avaliar os itens de verificação da lista, poucos profissionais destacam a apresentação dos elementos da equipe na sala operatória como dispensável nas checagens.

A partir destes resultados, serão elencados dois eixos de análise:

1- O comportamento da equipe cirúrgica durante a utilização da LVSC e; 2- A avaliação dos itens de segurança da LVSC pelos profissionais e suas recomendações.

DISCUSSÃO

O comportamento da equipe cirúrgica durante a utilização da LVSC

O processo de utilização da LVSC deve ser interdisciplinar, através da participação de todos os membros da equipe, exigindo-se comunicação ativa entre todos para melhorar o intercâmbio das informações (VENDRAMINI et al 2010). Embora saibamos destas orientações e das demais fornecidas pela OMS (OMS, 2009b) para sua utilização, o processo de introdução da LVSC no ambiente de CC tem sido pouco explorado.

Desta forma, sabendo que as atitudes e experiências da equipe cirúrgica durante o processo de introdução da LVSC influenciará no cumprimento dos seus itens de checagem, o presente estudo, no que diz respeito ao comportamento dos participantes durante o uso da LVSC, apontou o costume e o hábito de utilizá-la, a atenção durante a pausa cirúrgica e a checagem de todos os itens de segurança, conforme as falas a seguir:

Acostumar a fazer isso. (MD4)

[...] A gente, no dia a dia, se acostuma com a rotina. (TE5)

É atenção à pausa que deve ter no momento de cirurgia [...] (ENF2)

[...] *Até para a gente se policiar, evitar de pular os passos para poder fazer a lista funcionar de fato.* (ENF1)

Antes mesmo de habituarem-se ao uso da LVSC, os profissionais precisam aceitar o seu uso no dia a dia e, principalmente, alterar hábitos antigos. Isto pode ser possível através da orientação e capacitação da equipe para o uso correto e sistemático da LVSC. Embora poucos participantes tenham relatado a conscientização da equipe para a segurança do paciente como uma preocupação passível de intervenção, a prática demonstrou que também há este conhecimento dos profissionais, como demonstrado na fala de TE5. Entretanto, o que os distanciam da implantação da LVSC é, também, a ausência de um compromisso por parte de alguns dos elementos envolvidos nesta implantação.

Vai ter que tirar hábitos antigos, acho que esse vai ser o tópico principal. Porque a gente faz tudo mecanicamente, aqui a gente vai ter que parar para pensar de vez em quando na sequência [...] (TE4)

[...] *E outra coisa é as pessoas com quem a gente vai lidar, com os egos que a gente vai lidar, se eles vão aceitar essa participação sabe? Acho que esse é um dos pontos principais. Já deu pra perceber ali que tem alguém que já faz uma piadinha, que já, de repente, não valoriza tanto o trabalho [...]* (TE4)

Todos devem concordar que a lista é um item de segurança pro paciente e que só tem a trazer coisas positivas. Só pra segurança do paciente, todos devem concordar com isso para o bom andamento da lista, da implantação. (TE5)

Para que isso seja possível, é essencial trabalhar com uma equipe multiprofissional entusiasmada com a LVSC para conquistar o apoio daqueles mais favoráveis a sua implantação, ao invés de tentativas frustrantes de convencimento daqueles mais resistentes (OMS, 2009b).

Em uma das falas de TE4 foi relatada a resistência de um profissional durante a vivência da apresentação dos participantes na pausa cirúrgica, através de uma crítica negativa de forma irônica, sendo considerado como um elemento resistente às novas mudanças. Por este motivo, este profissional não foi recrutado para a utilização da LVSC,

uma vez que somente aqueles mais favoráveis e interessados na sua aplicação devem ser convidados para a primeira vivência.

A avaliação dos itens de segurança da LVSC pelos profissionais e suas recomendações

A partir da avaliação dos itens de segurança da LVSC pela equipe cirúrgica obtivemos as recomendações para sua utilização. Assim, no que se refere às recomendações para o uso da LVSC, alguns participantes relataram que será preciso seguir o que está sendo padronizado, ter a lista como um guia e torná-la uma rotina no CC, conforme as falas a seguir:

Vai servir como um guia [...] (ENF1)
Acho que só deveria ser implantado como rotina
[...] (TE5)
[...] até que isso também se torne uma rotina
[...] (TE4)

Estes relatos demonstraram que a lista foi considerada útil, pois serviu como um guia para que os passos não fossem esquecidos e que há o desejo destes profissionais de que ela seja implantada como rotina. A mesma realidade foi relatada no estudo norueguês e esta situação foi se reduzindo ao longo do tempo, pois os profissionais se acostumaram à LVSC e conseguiram integrá-la em sua rotina normal de trabalho (THOMASSEN et al, 2010).

Na tentativa de inserir uma nova prática de trabalho em qualquer instituição, podemos provocar resistências em alguns profissionais, ao considerarem uma prática imposta pela instituição, ou fora da rotina, ou ainda, um desperdício de tempo.

Estas práticas consideradas como fora da rotina podem interromper o fluxo de trabalho, dificultando a introdução de novas tecnologias, porém, caso essa interrupção seja prevista pelos profissionais, a introdução desta prática poderá ser benéfica (THOMASSEN et al, 2010).

Esta resistência também pode estar mais interligada ao momento da pausa cirúrgica, na qual os profissionais precisam compartilhar com a equipe em voz alta todos os elementos críticos do plano cirúrgico. Para que este momento se efetivasse de forma sistemática, alguns participantes recomendaram a atenção e o silêncio durante as checagens.

É atenção à pausa que deve ter no momento de cirurgia que foi meio tumultuado. (ENF2)

*A minha recomendação é que, na verdade, **pare tudo** e fale agora vamos fazer o questionário. E daí todo mundo fica em **silêncio** e faz o questionário. Não vai fazendo assim à medida que vai todo mundo conversando. Então, isso eu acho importante. **Só parar um pouquinho** assim ó: agora todo mundo fica quieto e vamos fazer o questionário. (MD2)*

A pausa cirúrgica também foi aplicada durante um estudo brasileiro que a considerou como fundamental para assegurar que o paciente, o local cirúrgico, o procedimento e o posicionamento estavam corretos, assim como as documentações e os equipamentos estavam disponíveis. Além disso, toda esta conferência foi realizada verbalmente, interrompendo-se todas as atividades em sala (VENDRAMINI et al, 2010).

Embora saibamos que o uso da lista de forma verbal e a apresentação dos profissionais no momento da pausa cirúrgica sejam difíceis para alguns profissionais, tentativas de treinamento devem ser realizadas até estas práticas tornarem-se um hábito, uma rotina, ou até mesmo uma obrigação, conforme a fala de MD9:

*[...] Tem que usar. Para mim é **de obrigação**. O médico que entra em sala...é muito perigoso porque o pessoal não conhece às vezes o paciente e ou o paciente já tá anestesiado, quando o cirurgião entra e não vai conferir se é o mesmo doente, ou não confere o rosto, tem perigo com homônimos, com operar o lado errado e isso, para começar, é o básico. Fora o resto de material. Mas acho **extremamente importante**. (MD9)*

Como avaliação dos itens de segurança da LVSC, alguns profissionais apontaram a apresentação dos elementos da equipe cirúrgica no momento da pausa como dispensável, conforme as falas de MD7 e MD5.

[...] Eu entendo a lista como um padrão, mas que tem algumas perguntas que são repetitivas, não dentro da lista, mas, por exemplo, ali, obviamente todo mundo se conhecia dentro da sala. (MD7)

[...] Acho que talvez a identificação de todos não seja tão necessária como a equipe toda se conhece. Talvez, um elemento estranho deva ser identificado antes. (MD5)

Esta checagem é vista como essencial antes de incisar a pele do paciente, porém caso a equipe trabalhe conjuntamente e conheça todos os seus elementos, a apresentação formal pode ser dispensada, apenas confirmando que todos os profissionais estão na SO e se conhecem (OMS, 2009b).

Apesar desta sugestão, a maioria dos participantes não relatou os passos da LVSC que precisavam ser revisados, alegando que a lista contemplava itens essenciais de segurança, sem necessidade da inclusão de mais tópicos. Neste sentido, entende-se que uma lista de verificação com itens excessivos poderá ser cansativa, tornando ainda mais difícil a sua aplicação (OMS, 2009b).

Embora este item não tenha sido aprovado por alguns profissionais, obtivemos a aprovação de todos os participantes do estudo para o uso da LVSC no CC, justificando sua aprovação na melhoria da segurança do paciente e da equipe cirúrgica, assim como na prevenção dos eventos adversos graves, conforme as falas a seguir.

Sim. Todo o método que visualiza diminuir taxas de complicação, infecção ou tempo cirúrgico é válido. (MD6)

Aprovo. É como eu falei: excelente. É uma coisa simples, rápida e que evita todo o tipo de erro. Desde a parte do pessoal dos médicos, anestesistas, tanto do cirurgião, quanto da equipe de enfermagem. Eu acho que é excelente, assim. (DENT3)

Aprovo. Porque acho que é mais uma segurança para a equipe toda. Mais um conhecimento nosso em relação ao paciente. Muitas vezes a gente não sabe muita coisa do paciente. Que a gente fica muito no automático. Às vezes, tu não sabe direito nem o nome do paciente. Tu entra e sai, tu fica às vezes como instrumentador e tu fica

só atenta ao teu material e não ao resto, assim tu participa do todo. (TE2)

Aprovo, claro! Meu Deus...como chefia do serviço, é essencial ter todas as etapas de verificação. Para dar mais segurança para o paciente, é uma forma a mais e um treinamento a mais para a equipe. (ENF2)

Através dos relatos e também da vivência na prática, percebemos que os profissionais compreenderam o real objetivo da lista e que, para o sucesso de sua implantação, será necessária sua adaptação às rotinas do CC. Para isso, é imprescindível o empenho dos chefes de serviço, demonstrando o uso desta LVSC no seu dia a dia e questionar o uso aos outros profissionais, uma vez que a presença de uma liderança efetiva estimula o uso da LVSC, reduzindo o descontentamento e o antagonismo (OMS, 2009b). Desta forma, espera-se que o uso da LVSC, assim como em outras instituições internacionais, reduza a taxa de complicações e de mortalidade local, e promova melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (HAYNES; WEISER e BERRY, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada auxiliou na identificação do comportamento dos profissionais na utilização da LVSC neste CC e o formulário de questões abertas mostrou-se efetivo para a coleta dos dados. Um fator essencial para a obtenção destes resultados foi a participação dos profissionais, sendo possível sensibilizar as equipes de enfermagem e médica na tentativa do alcance da segurança do paciente no setor.

Sendo assim, no que se refere à mudança no comportamento de cada elemento da equipe, os profissionais identificaram que será necessário seguir aquilo que está sendo padronizado e se habituar ao uso da LVSC, embora sua maioria não fornecesse recomendações. Quanto à mudança no comportamento da equipe cirúrgica, foi identificada a necessidade de atenção e silêncio durante a sua aplicação, assim como a alteração de hábitos antigos dos profissionais, trabalhando-se com aqueles mais favoráveis à implantação, devido à resistência encontrada por poucos profissionais. A maioria dos participantes não identificou alterações nos passos de checagem da LVSC, pois contempla itens

essenciais de segurança. Porém, poucos relataram ser dispensável a apresentação dos elementos da equipe cirúrgica.

A partir destes resultados, destaca-se a necessidade de adaptar esta nova tecnologia como rotina do CC tendo em vista a oportunidade que os profissionais tiveram de utilizar e comprovar todo seu conteúdo teórico. Sendo assim, recomenda-se que seja feito um acompanhamento dos profissionais na utilização desta nova prática até ser adaptada como rotina, assim como capacitar o restante da equipe para o uso correto e sistemático da LVSC, uma vez que houve a aprovação de todos os participantes do estudo para que ela fosse implantada no setor, podendo, desta forma e em longo prazo, favorecer um impacto positivo na qualidade do serviço e reduzir os eventos adversos na condição cirúrgica.

Estes resultados oferecem subsídios para o processo de introdução da LVSC em CC. Para isso, é necessário estabelecer atitude colaborativa entre todos, inclusive das chefias de cirurgia, de anestesiologia, de enfermagem e os gestores do hospital para que estas medidas sejam adotadas publicamente como uma prioridade na instituição.

Além disso, é imprescindível a realização de mais pesquisas na área, pois, apesar do aumento do uso de listas de verificação na área de saúde em todo o mundo, poucos estudos exploraram o comportamento dos profissionais na utilização desta nova tecnologia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em 26 out 2012.

HAYNES, A.B; WEISER, T.G; BERRY, W.R. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **The New England Journal of Medicine**, v.360, n.05, p.491 - 499, 2009. Acessado em 07 janeiro 2012.

LAURANCE, J. Peter Pronovost: champion of checklists in critical care. **Lancet**, n.8, p. 374-443, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente:** Manual - cirurgias seguras salvam vidas

(orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009a.

_____. **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009** – Cirurgia Segura Salva Vidas / Organização Mundial da Saúde – Direção Geral da Saúde. Versão Portuguesa. 196 p. 2009b.

SEXTON, J.B et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v.6, n.44, 2006.

THOMASSEN, O et al. Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. **BMC Health Serv Res**, v.10, p.342, 2010.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em saúde-enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VENDRAMINI, R.C.R et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.827-32, 2010.

VRIES, E.N; PRINS, H.A; CROLLA, R.M.P.H. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **The new England journal of medicine**, v.363, p.1928-37, 2010. Acessado em 07 janeiro 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. **Safe Surgery Saves Lives**. Newsletter, August 2010. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_newsletter_aug_2010.pdf

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, percebemos que alcançamos os objetivos propostos, através do formulário de questões abertas como instrumento de pesquisa, da observação participante e do diário de campo, mostrando-se efetivos para a coleta dos dados, sendo possível desvendar as potencialidades, fragilidades, o comportamento da equipe e as recomendações para o uso da lista. Os manuscritos, as dissertações e as teses que englobaram a revisão de literatura nos forneceram suporte teórico necessário para a compreensão do fenômeno estudado. A sensibilização das chefias da equipe médica e de enfermagem antes de iniciar a coleta dos dados foi uma atitude pioneira e essencial, pois aprovaram a realização do estudo destacando que havia interesse tanto profissional quanto institucional no alcance dos objetivos da presente pesquisa.

A participação dos profissionais foi essencial para a obtenção destes resultados, sendo possível também envolver as equipes de enfermagem e médica para o alcance da segurança do paciente no setor, destacando-se o treinamento da equipe cirúrgica para o uso da lista como uma forma de sensibilização já no início da coleta dos dados. O uso da lista de forma verbal, a sua objetividade e simplicidade, assim como o conhecimento dos profissionais sobre o objetivo da lista foram considerados resultados facilitadores no processo de sua utilização. Entretanto, a adaptação dos profissionais a esta nova tecnologia, a pressa durante os procedimentos, a falta de atenção e de silêncio e a comunicação insuficiente na SO foram identificados como dificultadores do processo de utilização da lista.

Este estudo reforçou a concepção de que a comunicação insuficiente na SO dificulta o processo de trabalho, uma vez que a comunicação no CC é vista como essencial desde a relação deste setor com outras unidades até mesmo da relação entre os membros da equipe cirúrgica e desta com o paciente, mostrando a implicação que a mesma possui com a segurança do paciente.

Ressalta-se a necessidade da adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como rotina tendo em vista que a oportunidade dos profissionais em utilizar permitiu comprovar todo seu conteúdo teórico, auxiliando em um impacto positivo na qualidade do serviço em um futuro breve. Sendo assim, recomenda-se que seja feito um

acompanhamento dos profissionais na utilização desta nova prática até que seja adaptada como rotina deste hospital.

A busca desta instituição pela certificação da qualidade e a criação do COSEP demonstram que existe uma preocupação da prática com a segurança do paciente, revelando que esta iniciativa não surge apenas da academia. Desta forma, a instituição também procura estimular os profissionais para o desenvolvimento de práticas seguras e isto vem a auxiliar no processo de implantação da lista neste hospital.

Nossos resultados sugerem várias ações que podem ser consideradas essenciais na implantação da LVSC, inclusive no que se refere à educação em serviço sobre a segurança do paciente, com todos os profissionais, independente de suas formas contratuais. Para isso, há necessidade de que se estabeleça uma atitude colaborativa entre todos, incluindo as chefias de cirurgia, de anestesiologia, de enfermagem e os gestores do hospital para que estas medidas sejam adotadas publicamente como uma prioridade na instituição. Além disso, é imprescindível a realização de mais pesquisas na área, pois, apesar do aumento do uso de listas de verificação na área de saúde em todo o mundo, poucos estudos exploraram as experiências e opiniões dos profissionais na utilização desta nova tecnologia.

Neste sentido, podemos concluir que este estudo contribuiu para o desenvolvimento científico, agregando conhecimento e modificações para a prática segura, além de seus resultados servirem de parâmetros para eventos futuros e como fonte de informação ao COSEP do HU-UFSC.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report.**, n 09-0030. 2009.

AGUIAR, M.I.F. **Transplante hepático: o significado para aqueles que vivenciam a espera pelo procedimento cirúrgico.** 2007. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

ALDRETE, J.A; KROULIK, D.A. Postanesthetic Recovery Score. **Anesth Analg**, v.49, n.6, p.924-34, 1970.

AVELAR, A.F.M et al. **10 Passos para a Segurança do Paciente.** Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Pólo São Paulo. São Paulo, 2010.

BARRETO, R.A.S.S et al. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.2, p.269-75, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a13.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

BENEDET, S.A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.** Aula ministrada para o Curso de Especialização na Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2009.

BIREME. **Porque a BVS é essencial?** Disponível em: <<http://bvsmodelo.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=16&item=159>>. Acesso em: 29 jun 2012.

BIRNBACH, D et al. Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and the Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams. **Ann Thorac Surg**, v. 85, p. 1374-1381, 2008.

BOHM, E.R et al. Experience with physician assistants in a Canadian arthroplasty program. **Can J Surg**, v.53, n.2, p.103-8 apr. 2010.

BORDIN, L.C; FUGULIN, F.M.T. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.4, p.833-40, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em 26 out 2012.

CALLEGARO, G.D et al. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.11, n.3, p.132-142, jul-set. 2010.

CAPES. **Missão e objetivos**. O portal de periódicos da CAPES. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&mn=69&smn=74>. Acesso em: 29 jun 2012.

CARNEIRO, F.S et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.204-11 abr-jun. 2011.

CLARKE, J.R et al. Wrong-Site surgery: can we prevent it? **Advances in Surgery**, v.42, p.13-31, 2008.

COLLA, J.B et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v.14, p.364–366, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 311/2007, de 18 de janeiro de 2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética. Rio de Janeiro: Demais, 2007.

DA CORREGGIO, T.C. **Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirúrgico de um hospital universitário do sul do Brasil**. 2012. 92f. Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário. Florianópolis, 2012.

DA CORREGGIO, T.C; MEDEIROS, L.G. **Mapa físico do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da UFSC.** Elaborado durante a aula ministrada para o Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

DAL SASSO, G.T.M; BARBOSA, S.F.F. **Segurança do Paciente: Rumo à Promoção da Cultura da Segurança.** Aula ministrada para o Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

DUARTE, I.G; FERREIRA, D.P. Uso de indicadores na gestão de um Centro Cirúrgico. **RAS**, v. 8, n.31, p.63-70, abr-jun. 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH). **Indicadores de Saúde:** Hospitais no país. 6 de junho de 2011. Disponível em: <<http://fbh.com.br/category/institucional/publicacoes/indicadores-de-saude/>>. Acessado em 14 de junho de 2012.

FIDELIS, R.E. **Cultura de Segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto.** 2011. 170f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FONSECA, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.4, p.428-33, 2009.

FRAGATA, J.I.G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev Port Saúde Pública.** v.10, p.17-26, 2010.

GALVÃO, C.M. Níveis de Evidência. Editorial. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.2, 2006.

GARCIA, T; ALVES, M.B.M; BEM, R.M. **Mini curso normalização.** Florianópolis, 2010. 110 slides, color. Acompanha texto.

GRIGOLETO, A.R.L; GIMENES, F.R.E; AVELAR, M.C.Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13, n.2, p.347-54, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

GRITTEM, L; MEIER, M.J; PERES, A.M. Sistematização da assistência perioperatória: uma pesquisa qualitativa. **Online Braz. J. Nurs**, v.8, n.3, dez. 2009.

HARIHARAN, S et al. Percepção dos pacientes a respeito da utilidade do ambulatório de avaliação pré-anestésica em um país caribenho em desenvolvimento. **Rev. Bras. Anesthesiol**, v.59, n.2, p.194-205, 2009.

HAYNES, A.B; WEISER, T.G; BERRY, W.R. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **The New England Journal of Medicine**, v.360, n.05, p.491 - 499, 2009. Acessado em 07 janeiro 2012.

HOFSTEDE, G. **Culturas e Organizações**: Compreender nossa Programação Mental. 1 ed. Lisboa: Editora Silabo, 1991.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOWICK, J. **Levels of Evidence**. Centre for Evidence-based Medicine, Oxford, mar. 2009. Disponível em: <http://www.cebm.net/?o=1116>. Acessado em 29 jun 2012.

ILAN, R.M.D et al. Brief history of patient safety culture and science. Evolution of Health Services Research for Critical Care. **Journal of Critical Care**. 2005.

INSAG-4. **Safety Culture**. Safety Series No. 75, International Nuclear Safety Advisory Group, IAEA, Vienna, 1991.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

JOINT COMMISSION. Health care worker fatigue and patient safety. **The Joint Commission Sentinel Event Alert**, Issue 48, 2011. Disponível em:

< http://www.jointcommission.org/sea_issue_48/>. Acessado em 09 janeiro 2012.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY. **International Patient Safety Goals**. 2008. Disponível em: www.jcipatientsafety.org/29083/. Acesso em: 16 junho 2012

KIRK, S et al. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. **Qual Saf Health Care**, v. 16, p. 313-320, 2007.

KREISCHER, D.E. **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário**. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

KUHNEN, A.C; MARKUS, A.M; DA CORREGGIO, T.C. **Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica de um Hospital Escola à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta**. 2008. 41f. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, 2008.

LASELVA, C.R; MOURA JÚNIOR, D.F; SPOLAORE, E.H.G. **Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de iatrogenias**. In: KNOBEL, E.; LASELVA, C.R.; MOURA JÚNIOR, D.F. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 2009. p.59-66.

LAURANCE, J. Peter Pronovost: champion of checklists in critical care. **Lancet**, n.8, p. 374-443, 2009.

LAW M.P, et al. Assessment of Safety Culture Maturity in a Hospital Setting. **Healthcare Quarterly**, v.13, sep. 2010.

LEÃO, E.R et al. **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008.

MARINHO, M.M. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MAYA, A.M.S. Cirurgia: un contexto diferente de cuidado. **Avances en Enfermería**, v. 29, n.1, p.55-66, 2011.

MELLO, J.F **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MENDOZA, I.Y.Q; PENICHE, A.C.G.P. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. **Invest Educ Enferm**, v.28, n.3, p.355-62, 2010.

MICHAELIS: dicionário prático da língua portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008.

NASCIMENTO, D.M et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.2, p.165-73, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a02.htm>. Acesso em 29 jun 2012.

NEPOTE, M.H.A; MONTEIRO, I.U; HARDY, E. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.4, jul-ago. 2009.

OBADIA, I.J. **Sistema de Gestão Adaptativo para Organizações com Tecnologia Perigosa: A Cultura de Segurança como Pressuposto de Excelência Nuclear**. 2004. XVI, 287p. Tese (Doutorado) Engenharia de Produção – COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, A.C; GONÇALVES, J.A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.482-7, 2010.

OLIVEIRA, K.G.B et al. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? **Rev. Bras. Anesthesiol**, v.59, n.5, p.577-584, 2009.

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

_____. **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009** – Cirurgia Segura Salva Vidas / Organização Mundial da Saúde – Direção Geral da Saúde. Versão Portuguesa. 196 p. 2009b.

ORTIZ, M.C.L; RIBEIRO, R.P; GARANHANI, M.L. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. **Cogitare Enferm.**,v.13, n.4, p.558-65, out-dez. 2008.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PAIVA, M.C.S; PAIVA, S.A.R; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.287-94, 2010.

PASCHOAL, M.L.H; CASTILHO, V. Consumo de materiais em centro cirúrgico após implementação de sistema de gestão informatizado. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.6, p.887-93, nov-dez. 2010.

PEREIRA, B.M.T et al. Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** [periódico na Internet], v.38, n.5, 2011. Disponível em URL: <<http://www.scielo.br/rcbc>>. Acessado em 07 janeiro 2012.

PEREIRA, M.C.M.A.P. Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: um estudo em ambiente cirúrgico. 2010. 105f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã, 2010.

PERROCA, M.G; JERICÓ, M.C; FACUNDIN, S.D. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Rev Esc Enferm. USP**, v.41, n.1, p.113-9, 2007.

PESQUISAS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE. Rockville, MD: Agência de Investigação de Saúde e Qualidade, nov. 2011. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>>. Acesso em 23 mar 2012.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUES, A.A.M; MONTORO, C.H; GONZÁLEZ, M.G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, mai-jun. 2010.

QUINTO NETO, A.Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**, v.8, n.33, out-dez. 2006.

REASON, J. **Managing the Risks or Organizational Accidents**. 3 ed. England: Ashgate Publishing Limited, 1999.

RIBEIRO, D.R; LONGO, A.R.T. Hipotermia como fator de risco para infecção de sítio cirúrgico: conhecimento dos profissionais de enfermagem de nível médio. **Rev. Min. Enferm.** v.15, n.1, p.34-41, jan.-mar. 2011.

ROMAN, A.R; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.3, n.2, p.109-12, 1998.

ROTHROCK, J.C. **Alexander Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico**. Ed. Donna R.McEwen. Rio de Janeiro: Elsevier, 1247p, 2007.

SANTOS, E.C.R. **O conceito de segurança pública**. 2010. Disponível em:

<<http://br.monografias.com/trabalhos2/seguranca-publica/seguranca-publica.shtml#polit>>. Acessado em 2 de julho de 2012

SANTOS, E.C.R. **O conceito de segurança pública**. 2010. Disponível em:

<<http://br.monografias.com/trabalhos2/seguranca-publica/seguranca-publica.shtml#polit>>. Acessado em 2 de julho de 2012.

SCHMIDT, D.R.C; DANTAS, R.A.S; MARZIALE, M.H.P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.2, p.487-93, 2011.

SETZ, V.G; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n.3, p.313-7, 2009.

SEXTON, J.B et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, v.6, n.44, 2006.

SEXTON, J.B; THOMAS, E.J; HELMREICH, R.L. **Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties**. Technical report 04-01.The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2006. AHRQ grant nº. 1PO1HS1154401

SILVA, B.M.S. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.442-8, 2006.

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n.3, p.427-34, maio-jun. 2010.

SILVA, J.P; GARANHANI, M.L. O significado do cuidado perioperatório para a criança cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13,

n.2, p.259-68, abr-jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a12.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

SILVA, L.F.N. **Reorientação do Gerenciamento de Risco Hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. 2009. 76f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas, Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio De Janeiro, 2009.

SILVA, M.A; GALVÃO, C.M. Aplicação da Liderança Situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.1, p.104-12, 2007.

SOUZA, A.P.M.A; SOARES, M.J.G.O; NÓBREGA, M.M.L. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.3, p.501-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a06.htm>. Acesso em: 29 jun 2012.

SOUZA, F.M.S. **Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem**. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, L.P et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.1, p.127-33, jan-mar, 2011.

TANAKA, D.S; PENICHE, A.C.G. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.5, p.618-23, 2009.

TANNURE, M.C. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.1, p.139-146, 2010.

THOMASSEN, O et al. Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. **BMC Health Serv Res**, v.10, p.342, 2010.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

URIBE, G.E.L et al. Factores explicativos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica. **Gac Sanit.**, v.25, n.6, p.461-467, 2011.

URSI, E.S; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.1, p.124-31, jan-fev. 2006.

VENDRAMINI, R.C.R et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.827-32, 2010.

VENTURINI, D.A; MARCON, S.S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.5, p.570-5, set-out. 2008.

VICENT, C. Understanding and responding to adverse events. **New England Journal of Medicine**, v.348, p.1051-1056, 2003.

VRIES, E.N; PRINS, H.A; CROLLA, R.M.P.H. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **The new England journal of medicine**, v.363, p.1928-37, 2010. Acessado em 07 janeiro 2012.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed, 320p, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. **Safe Surgery Saves Lives**. Newsletter. August, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_newsletter_aug_2010.pdf>. Acessado em 26 de abril de 2012.

_____. World Alliance for Patient Safety. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1**. Final Technical Report. January, 2009. Disponível em :< www.who.int/en/ >. Acessado em 10 abril 2011.

_____. World Alliance for Patient Safety. **Safe surgery saves lives**, 2005. Disponível em: < www.who.int/en/ >. Acessado em 10 abril 2011.

_____. World alliance for patient safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. p.1-136. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de perguntas abertas para avaliar as facilidades e dificuldades durante a simulação e aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

1. IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: _____

Categoria Profissional:

Técnico de Enfermagem () Enfermeiro ()

Residente ()

Instrumentador Cirúrgico () Cirurgião ()

Auxiliar de Enfermagem () Anestesiologista ()

Tempo de trabalho neste Centro Cirúrgico: _____

2. PERGUNTAS ABERTAS

A) Como você vivenciou a “experiência de usar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde”?

B) Quais as facilidades encontradas?

C) Quais as dificuldades encontradas?

D) Quais as suas recomendações quanto: ao comportamento da equipe, ao seu comportamento, aos passos da Lista de Verificação que precisam ser revisados? Você aprova ou não o uso da Lista? Justifique.

Agradecemos a sua participação!

APÊNDICE B - Relatório da visita ao Hospital Santa Catarina, Blumenau-SC

O CC do HSC possui 06 SO e realiza 540 cirurgias mensais, com 25 a 27 cirurgias diárias. Na instituição há ações voltadas para a segurança dos pacientes, como a pulseira de identificação que possui o nome completo do paciente, sua data de nascimento, código de barras único e suas cores variam conforme o risco que o paciente possui. Caso haja risco de quedas, a cor utilizada será a amarela, se possui alergias utilizará a vermelha e, caso possua os dois riscos, a cor será laranja.

No que se refere à aplicação da LVSC, inicialmente houve dificuldades na sua implantação com os profissionais médicos, fato que desestimulou a equipe de enfermagem a dar continuidade. Por isso, a educação em serviço é realizada com a equipe de enfermagem com o intuito de retomar as atividades anteriormente realizadas.

Um ponto de melhoria na instituição seria o registro de eventos adversos que deveria ser realizado por todos os profissionais. Porém, há muitos casos de subnotificação devido à ausência de uma cultura de segurança que permeia a assistência de saúde prestada ao paciente.

Uma das facilidades encontradas na instituição que favorece a segurança do paciente é o sistema informatizado. Uma vez que, apesar de todas as suas funções, o mesmo auxilia na contagem das compressas utilizadas no procedimento cirúrgico através da leitura de códigos de barras em cada pacote aberto deste material na SO. Outra facilidade encontrada foi a presença dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), nos quais todos os procedimentos de enfermagem estão descritos e padronizados, fazendo com que os profissionais sigam estes instrumentos para prestar a assistência de enfermagem ao paciente.

Em relação à acreditação hospitalar, a maioria dos hospitais de grande porte vem almejando para aprimorar a qualidade dos serviços prestados, desde 2007 o HSC está em busca da acreditação internacional da *Joint Commission International*, uma comissão internacional que visa a segurança do paciente nas instituições. Para isso, segue as seis das oito metas internacionais para a segurança do paciente:

1. Identificar os pacientes corretamente: promove a identificação do paciente através de pulseiras com nome completo e data de nascimento, etiquetas nos prontuários e na cabeceira do leito. O enfermeiro faz uma avaliação de risco do paciente quanto à queda e alergias.

2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência;

3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*): as medicações perigosas vêm dentro de uma sacola vermelha para facilitar a identificação.
4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
6. Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas;

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
(TCLE)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito de Pesquisa – Profissionais da Equipe Cirúrgica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC

Eu,.....; Carteira de Identidade, estou plenamente de acordo com a minha participação no projeto de Mestrado *Estratégias para aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em um hospital do sul do Brasil*, desenvolvido pela Enfermeira Thâmy Canova Da Correggio do Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Enfermeira Dra. Lúcia Nazareth Amante. O projeto foi encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, sob a forma de adendo ao projeto de número 1927/11 em 13/05/2011. Estou ciente de que os objetivos deste estudo é *identificar os fatores que permeiam a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil e propor a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil* e Estou ciente de que precisarei participar da entrevista composta por um formulário de perguntas abertas e de sua respectiva gravação; e de reuniões que avaliarão o andamento da simulação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Em caso de gravação, eu permito que sejam feitas e publicadas, posteriormente.

() sim; () não. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Tenho conhecimento

de que não terei nenhum gasto, risco ou prejuízo decorrente de minha participação nesta pesquisa, bem como, de que não haverá nenhum ônus pela minha participação. Assim como, a garantia de que receberei esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa e também a liberdade de desistir da mesma em qualquer momento. Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para a divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações tecno-científicas.

Florianópolis, / / .

Assinatura das Pesquisadoras Responsáveis:



Dr^a. Lúcia Nazareth
Amante Professora
Orientadora

Telefone para contato:
9128-8007

Thâmy Canova Da
Correggio Pesquisadora
responsável

Telefone para contato:
8431-1086

Nota: Este consentimento terá 2 vias assinadas: uma ficará de posse das pesquisadoras e a outra do(a) participante da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento utilizado no Centro Cirúrgico do HU/UFSC Serviço de Anestesiologia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FICHA DE ANESTESIA



Nome: _____ Quarto: _____ Registro: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Raça: _____ Altura: _____ Peso: _____ G: _____ PN: _____ PC: _____ A: _____
Diagnóstico Pré-operatório: _____ Cirurgia Proposta: _____

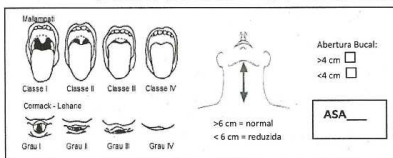
PRÉ- ANESTÉSICO

Sim
 Não

Cirurgia:
 Eletiva
 Urgência
 Emergência

Cirurgia Suspensa:
 Pré-anestésico
 Anestesiologista
 Cirurgião
 Administrativo

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> D. Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> D. Coronariana | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Disritmia | <input type="checkbox"/> D. Neuromuscular |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> D. Hematológica |
| <input type="checkbox"/> Gravidez | <input type="checkbox"/> D. Renal | <input type="checkbox"/> Sepsis |
| _____ | | |
| _____ | | |



Anamnese: _____ Anestésias Prévias

Exame Físico: _____

| Ht (%) | Hb (%) | Leucócitos (un./mm ³) | Plaquetas (un./mm ³) | Uréia (mg/dL) | Creatinina (mg/dL) | Glicose (mg/dL) | Na (mEq/L) | K (mEq/L) | TAP (RNI) | TTPA (RNI) | Grupo Sang. | Outros |
|--------|--------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|--------------------|-----------------|------------|-----------|-----------|------------|-------------|--------|
| | | | | | | | | | | | | |

ECG
RX tórax

Parâmetros especializados / Outros Exames: _____

Consentimento Informado:

Declaro para fins legais conforme segue: Estou ciente do fato de que, a meu pedido, estarei submetendo-me a procedimento anestésico junto ao Hospital Universitário, a fim de possibilitar a realização da minha cirurgia. Declaro ainda ter total conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade de meio, através da qual se obriga a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar. A fim de prevenir e evitar eventuais problemas, declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico. Declaro que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/ internamento em geral. O serviço de Anestesia do Hospital Universitário não cobra por procedimentos e não autoriza a cobrança indevida em seu nome.

X _____
Paciente ou Responsável Legal

X _____
Anestesiologista Avaliador

Florianópolis, ___/___/___.

**ANEXO F – Instrumento utilizado no Centro Cirúrgico do
HU/UFSC
Evolução de Enfermagem**

| | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------------|----------------------|-----------|
| I. SALA DE CIRURGIA: | | | | |
| SUBJETIVO: | | | | |
| a) Queixas: | | | | |
| | | | | |
| b) Referências: | | | | |
| | | | | |
| c) Outros: | | | | |
| | | | | |
| OBJETIVO: | | | | |
| a) Início da Cirurgia | | | Término: | |
| b) Fluidoterapia: | PAM | () | Local | |
| | PVC | () | Local | |
| | Punção | () | Local | |
| | Dissecção | () | Local | |
| c) Anestesia: | Geral () | Intubação: | Oral () | Nasal () |
| | Bloqueio () | Tipo: | | |
| | Local () | Local Assistida () | | |
| d) Local da Placa do Bisturi: | Panturrilha | D () | E () | |
| | Reg. Escapular | D () | E () | |
| | Reg. Dorsal | D () | E () | |
| | Outros: | | | |
| e) Antissepsia: | PVPI Tópico | () | PVPI Tintura | () |
| | Clorohexedine incolor | () | Clorohexedine Corado | () |
| | Outros: | | Qual: | |
| f) Posicionamento do Paciente: | DD () | DLD () | DLE () | DV () |
| | Litotomia () | Ginecológica () | Outros () | |
| | Qual: | | | |
| g) Incisão: | | | | |
| | | | | |
| Universidade Federal de Santa Carina Hospital Universitário | | Nome: | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | Idade: _____ Sexo F () M () | | |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO | | Quarto: _____ | | |
| | | Leito: _____ | | |
| | | Nº Registro: _____ | | |
| | | Data: ____/____/____ | | |

**ANEXO G – Instrumento utilizado no Centro Cirúrgico do
HU/UFSC
Evolução de Enfermagem (continuação)**

| | | | | |
|---|-------------------|------------------------------|---------------|----------------|
| h) Drenagens | Dreno Tórax () | Local: | | |
| | Dreno Penrose () | Local: | | |
| | Dreno Tubular () | Local: | | |
| | Dreno Sucção () | Local: | | |
| | Sonda Vesical () | Sonda Nasogástrica () | | |
| | Sonda Enteral () | Sonda Nelaton (Cistost.) () | | |
| | Irrigação () | Quantidade: Entrada: Saída: | | |
| i) Outros: | Cálculos () | Quantidade: Tela () | | |
| j) Isquemia Prévia: | () Local: | | | |
| k) Cirurgia Realizada: | | | | |
| l) Curativo: | | | | |
| m) Acidentes e/ou intercorrências: | | | | |
| 2. Sala de Recuperação – Pós-anestésica: | | | | |
| SUBJETIVO: | | | | |
| a) Queixas: | | | | |
| b) Referências: | | | | |
| c) Outros: | | | | |
| OBJETIVO: | | | | |
| a) Admissão: | hora: | Aldrette: | | |
| b) Nível de Consciência | Lúcido () | Sonolento () | | |
| | Inconsciente () | Desorientado () | | |
| c) Oxigenação | Máscara () | Catéter () | Tube End. () | Traqueost. () |
| d) Ocorrências: | | | | |
| e) Curativo: | | | | |
| f) Alta: | Hora: | Aldrette: | | |
| ANÁLISE: | | | | |
| PLANO: | | | | |
| a) Cuidados pós-operatório () | | b) Orientações () | | |
| c) Encaminhado: | | | | |
| Assinatura: | | Nº Coren: | | |

**ANEXO H – Instrumento utilizado no Centro Cirúrgico do
HU/UFSC
Prescrição de Enfermagem**

| DATA/HORA | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PROBLEMA N° 1 | EXECUÇÃO |
|--|---|---|
| | 01. Prestar Assistência Enf. na SRPA | |
| | 02. Prestar cuidados de rotina. Grau: PO: | |
| | 03. Verificar Sinais Vitais | |
| | 04. Fazer Aspiração Traqueal/Oral | |
| | 05. Estimular Exercícios Respiratórios | |
| | 06. Manter cuidados com Drenagem Tórax/Tubular/SNG/Kherr | |
| | 07. Fazer rodízio para injeção | |
| | 08. Controlar Expectoração/Diurese/Evacuação/Vômitos | |
| | 09. Fazer Curativo Subclávia/Dissecção | |
| | 10. Fazer curativo(s) em: | |
| | 11. Anotar queixas e outros desconfortos | |
| | 12. Controlar irrigação: + vermelho: ↑ gotej. - vermelho: ↓ gotej. | |
| | 13. Observar Sinais e Sintomas/Opióide | |
| | 14. Observar Sangramento Incisional/Vaginal | |
| | 15. Auxiliar / Fazer Higiene Oral | |
| | 16. Auxiliar / Dar Banho no Leito / Chuveiro | |
| | 17. | |
| | 18. | |
| | 19. | |
| | 20. | |
| | 21. | |
| | 22. | |
| | 23. | |
| | 24. | |
| | 25. | |
| Assinatura: | | N° Coren: |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESCRIÇÃO CENTRO CIRÚRGICO | | NOME: _____ IDADE: _____ SEXO F () M () QUARTO _____ LEITO _____ N° REGISTRO: _____ |

**ANEXO I – Instrumento utilizado no Núcleo de Vigilância Sanitária
do HU/UFSC
Formulário de Notificação de Eventos Adversos e Queixas
Técnicas**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E QUEIXAS TÉCNICAS

(Agradecemos as informações prestadas! Essa notificação é confidencial e seus dados serão mantidos em sigilo)

1) IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICADOR (opcional):

Nome: _____
 Função: _____ Ramal: _____ e-mail: _____ Data: ____/____/____

2) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1) Nome ou iniciais: _____
 2) Sexo: Feminino Masculino 3) Idade: _____ 4) Peso: _____
 5) Enfermaria: _____ Quarto/ Leito: _____ N° Prontuário: _____
 6) Principal Diagnóstico Médico: _____

3) TIPO DE EVENTO:

A) MEDICAMENTOS: notifique qualquer problema relacionado a medicamentos.

a) Falta ou redução de efeito terapêutico

b) Desvio de qualidade:

- Alteração: Cor Odor Turvação Corpo estranho/matéria em suspensão
 Embalagem Rótulo Outro: _____
- Observada antes da diluição? Não Sim

c) Reação adversa (RAM)

- Característica: _____

Nome do produto envolvido (FAVOR ANEXAR A EMBALAGEM OU AMOSTRA DO PRODUTO À NOTIFICAÇÃO)

d) Erro de medicação:

- Dispensação Prescrição Administração

1. Características :

- Paciente errado Hora errada Via errada Medicamento errado
- Dosagem/quantidade errada Velocidade de infusão errada Não administrado
- Não dispensado Não prescrito Outros: _____

2. Nome do(s) medicamento(s): _____

Por favor, utilize o verso para a descrição do evento.

**ANEXO J – Instrumento utilizado no Núcleo de Vigilância
Sanitária do HU/UFSC
Formulário de Notificação de Eventos Adversos e Queixas
Técnicas
(continuação)**

| B) QUEDA: | |
|---|--|
| <p>1. Características:</p> <p><input type="checkbox"/> Própria altura <input type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Berço <input type="checkbox"/> Divã <input type="checkbox"/> Poltrona</p> <p><input type="checkbox"/> Cadeira: () rodas () banho () comum <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> | |
| <p>2. Local do evento</p> <p><input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Banheiro <input type="checkbox"/> Corredor <input type="checkbox"/> Consultório</p> <p><input type="checkbox"/> Refeitório <input type="checkbox"/> Escada <input type="checkbox"/> Sala de espera <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> | |
| <p>3. No momento do evento paciente estava:</p> <p><input type="checkbox"/> Acompanhado <input type="checkbox"/> Desacompanhado</p> <p><input type="checkbox"/> Com grades no leito <input type="checkbox"/> Sem grades no leito</p> <p><input type="checkbox"/> Sem restrição <input type="checkbox"/> Com restrição <input type="checkbox"/> Nenhum dos itens se aplica</p> | |
| <p>4. O evento foi presenciado por alguém? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quem? _____</p> | |
| C) OUTROS EVENTOS | |
| <p>1. Tipo: <input type="checkbox"/> Com equipamentos <input type="checkbox"/> Com materiais <input type="checkbox"/> Reação transfusional <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão</p> | |

4) Descrição do evento:

O evento afetou o paciente: Não Sim

Importante: Descreva o evento como aconteceu incluindo data e horário (foco no processo e não nas pessoas) e o possível dano causado ao paciente.

5) Possíveis causas: Pense em todo o processo e descreva os fatos que possam ter levado ao evento adverso.

DEFINIÇÕES:

Problemas Relacionados a Medicamentos: qualquer afastamento dos parâmetros de conformidade e no ciclo do medicamento que possam trazer risco ao usuário.

Reação adversa a medicamento (RAM): é qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade.

Erro de medicação: é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento. Isso significa que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente.

*Qualquer dúvida entre em contato: Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH) Ramais
9151/9865 e-mail: nuvisahu@hu.ufsc.br*


ANEXO K - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde

Data da Cirurgia: ___/___/___ Cirurgia Realizada: _____

Diagnóstico Pré-operatório: _____

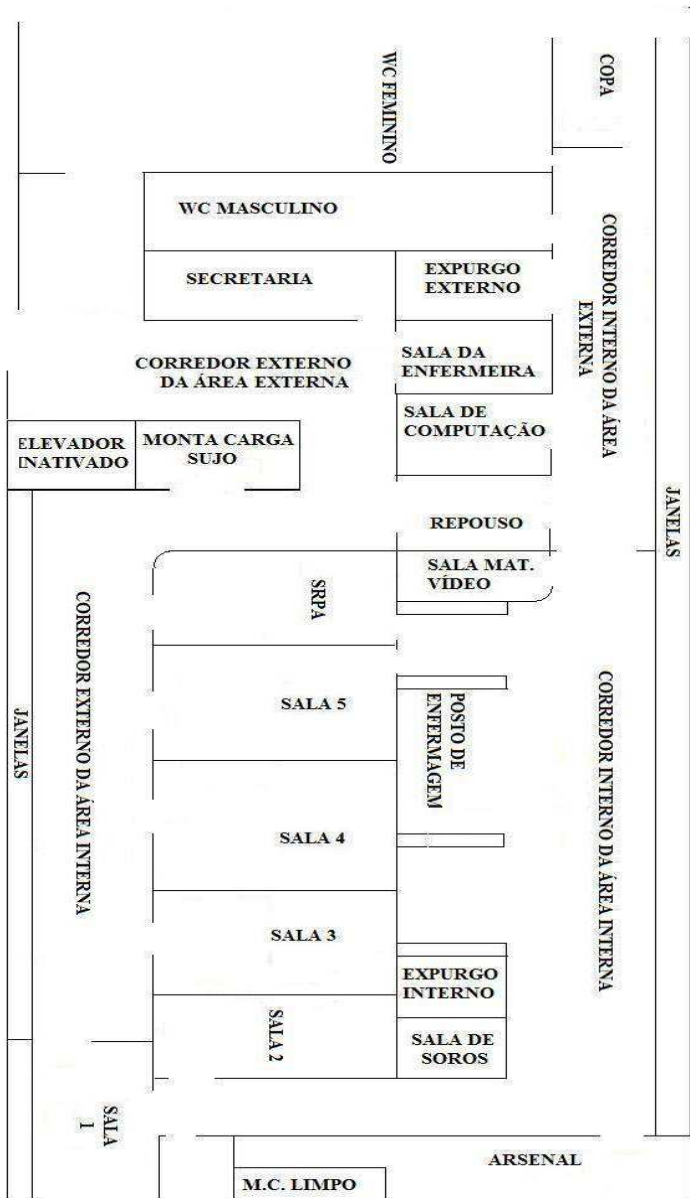
Diagnóstico Pós-operatório: _____

Início da Cirurgia: ___:___ Término da Cirurgia: ___:___

| <p style="font-size: small;">  ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária </p> | <p style="font-size: small;">  HOSPITAL DE REFERÊNCIA </p> | <p style="font-size: small;"> LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO) </p> | |
|---|---|--|--|
| <p style="font-size: x-small;">Antes da indução anestésica</p> | <p style="font-size: x-small;">Antes da incisão cirúrgica</p> | <p style="font-size: x-small;">Antes de o paciente sair da sala de operações</p> | |
| <p>IDENTIFICAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU IDENTIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> • SÍTIO CIRÚRGICO • CONSENTIMENTO <p><input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA</p> <p><input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA</p> <p><input type="checkbox"/> QMÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO</p> <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA, CONHECIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVELS</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</p> | <p>CONFIRMAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARÃO PELO NOME E FUNÇÃO, ANESTESIOLOGISTA E CIRURGIÃO</p> <p><input type="checkbox"/> A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMA VERBALMENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <p><input type="checkbox"/> EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <p>REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ ALGUMAS DÚVIDAS OU INSEGURANÇAS DURANTE A OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTÊSES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO DO INDICADOR? HÁ OUTROS RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISSQUER PREOCUPAÇÕES?</p> <p>A PROLAXIA ANTIMIGROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> | <p>REGISTRO</p> <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE INTRA-OPERATÓRIA, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO</p> <p><input type="checkbox"/> SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAIS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)</p> <p><input type="checkbox"/> COMO A MOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA, COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</p> <p><input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA, E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE SEREM OBSERVADOS. EX: DOR</p> | <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Assinatura _____</p> |

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

ANEXO L - Área física do Centro Cirúrgico do HU/UFSC



ANEXO M – CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO Nº 1927

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o comitê no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1927 **FR:** 415619

TÍTULO: Avaliação da cultura de segurança no ambiente de trabalho de um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil

AUTOR: Lúcia Nazareth amante, Lúcia Nazareth Amante, Thâmy Canova Da Corregio

FLORIANÓPOLIS, 13 de Maio de 2011.


 Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Ewerton de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO N – Instrução Normativa PEN 10/2011

Instrução Normativa 10/PEN/2011

Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

ANEXO N – Instrução Normativa PEN 10/2011 (continuação)

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011