

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Luciene Apolinário de Araújo

A IMPLEMENTAÇÃO DO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA: ESTUDO MISTO

Goiânia

2021

Luciene Apolinário de Araújo

A IMPLEMENTAÇÃO DO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA: ESTUDO MISTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. JoséRodrigues do Carmo Filho

Coorientadora: Prof.^a Dr^a Adenicia Custodia Silva e Souza

Goiânia

2021

A663i Araújo, Luciene Apolinário de
A implementação do checklist de cirurgia segura :
estudo misto / Luciene Apolinário de Araújo.-- 2021.
92 f.: il.

Texto em português com resumo em inglês.
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação
STRICTO SENSU em Atenção à Saúde, Goiânia, 2021
Inclui referências, f. 68-75

1. Pacientes - Medidas de segurança. 2. Centros cirúrgicos.
3. Controle de qualidade. 4. Enfermagem médico-cirúrgica.
I.Souza, Adenícia Custódia Silva e. II.Souza, Adenícia
Custódia Silva e. III.Pontifícia Universidade Católica
de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção
à Saúde - 2021. IV. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciene Apolinário de Araújo

A IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: ESTUDO MISTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre

Aprovada em: ____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Adenicia Custódia Silva e Souza
Presidente da Banca – PUC Goiás.

Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila
Membro Efetivo, Interno ao Programa – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Heliny Carneiro Cunha Neves
Membro Efetivo, Externo ao programa – FEN/UFG

Prof.^a Dr.^a Adrielle Cristina Silva Souza
Membro Suplente, Interno ao Programa – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Anaclara Ferreira Veiga Tipple
Membro Suplente, externo ao Programa – FEN/UFG

O presente trabalho foi realizado com apoio
da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior – Brasil



O presente estudo, integra o projeto temático “A Segurança do Paciente: Um enfoque na Formação e no Cuidado”

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico a Deus, por me fortalecer e guiar em todos os momentos da minha vida. À minha família, por me apoiarem e acreditarem nos meus projetos. A todos que contribuíram direta e indiretamente com minha pesquisa!

AGRADECIMENTOS

A Deuse Nossa Senhora, por me guiarem e iluminarem meus passos, me fortalecendo nos momentos mais difíceis desta trajetória.

Ao meu orientador, Prof. Dr.^a Jose Rodrigues do Carmo Filho e em especial a minha coorientadora Prof.^a. Dr.^a Adenicia Custódia Silva e Souza, pela condução deste trabalho e pelo carinho e zelo nos momentos mais delicados vivenciados durante o mestrado.

Ao meu querido esposo Adessandro Oliveira de Sá e aos meus amados filhos, Nicole Apolinário de Sá e André Lucas Apolinário, pela presença constante. Estive distante por tantos momentos, mas tudo em prol de um futuro para todos nós.

Aos meus pais, Lázaro Apolinário de Araújo e Laurice Rodrigues de Araujo, se não fosse por eles eu não estaria aqui concluindo esta etapa e subindo mais esse degrau em minha vida.

Aos meus irmãos Leonardo e Luciana e minha cunhada Katianne por me incentivarem e orarem por mim e pelo carinho com meus filhos.

À enfermeira Wanessa Silveira Barcelos e coordenadora do bloco cirúrgico do Centro de reabilitação e Readaptação Dr Jose Henrique Santilo, por me incentivar a buscar qualificação profissional.

Ao Centro de reabilitação e Readaptação Dr Jose Henrique Santillo, pela autorização para eu realizar a pesquisa deste estudo.

A todos os profissionais do bloco cirúrgico que participaram e contribuíram para que este estudo pudesse ser realizado e sobretudo pelo compromisso que tiveram com essa pesquisa.

A todos os colegas do mestrado e, em especial, a amiga e colega, Katiulcy Carvalho Oliveira pela união, apoio e incentivo.

A professora e Doutora Cristiana das Costa Luciano pelo incentivo, orientações e por acreditar no meu potencial.

A todo o corpo docente do, MAS e, em especial à Amanda, secretária do programa, por toda a atenção e apoio recebido nessa caminhada.

A todos que contribuíram, de alguma forma, para meu crescimento e conclusão deste ciclo.

RESUMO

ARAÚJO, L.A. **A implementação do checklist de cirurgia segura: estudo misto.** 2021. 91p. Dissertação (Mestrado Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

Introdução: A adesão ao *checklist* de cirurgias seguras reduz as taxas de mortalidade e de complicações entre pacientes cirúrgicos. Entretanto, há uma baixa adesão ao instrumento, principalmente quando avaliam a qualidade dos itens de checagem. A inobservância desse protocolo pode levar a erros e pôr em risco a segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar os indicadores de processo e resultado na implementação do checklist de cirurgia segura.

Método: Estudo misto com delineamento incorporado concomitante, realizado em um hospital de grande porte, público, filantrópico do centro-oeste brasileiro, em outubro de 2019. A população do estudo compôs-se por todos os *checklist* de cirurgias seguras preenchidos neste período e disponíveis no prontuário do paciente no setor de supervisão de prontuário e, por 24 profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico, responsáveis pela condução do *checklist*. A coleta dos dados ocorreu por meio de análise documental e entrevista semiestruturada. Os dados das duas abordagens foram apresentados concomitantemente e analisados por estatística descritiva e por análise de conteúdo.

Resultados: Foram avaliados o *checklist* de 654 cirurgias, sendo a maioria na especialidade de ortopedia 445 (68%), de médio a grande porte 392 (60%), com duração de até quatro horas 614 (93,9%), realizadas no período diurno 641 (98%) em dias úteis 566 (86,5%). Participaram 24 profissionais de enfermagem sendo em sua maioria técnicos em enfermagem 18 (75%), do sexo feminino 22 (91,7%), com tempo de atuação no Centro Cirúrgico entre 8 meses a 11 anos e com formação profissional entre 4 a 19 anos. Os técnicos em enfermagem conduziram a maioria dos *checklist* 641 (98,0%) avaliados. Encontrou-se uma taxa de 100% de adesão ao preenchimento do *checklist* de cirurgias seguras. Entretanto, embora, os profissionais tenham consciência da importância do *checklist* e do momento certo de sua aplicação, reconhecem que nem sempre é conduzido como preconizado, sendo apenas checado os itens, sem a devida comprovação, devido a inúmeras barreiras e desafios encontrados. Emergiram como barreiras à sua adesão: falta de treinamento da equipe, dificuldades de relacionamento pela hierarquia, barulho devido a conversas paralelas no momento da aplicação, pouca atenção ao tempo de pausa e o descrédito no *checklist*. O maior desafio está relacionado a autonomia que os condutores do *checklist* precisam ter, na condução do *checklist*, que esbarra na hegemonia médica sobre eles. **Conclusão:** A taxa de adesão ao preenchimento do *checklist* é de 100%, mas, na experiência de quem o conduz, na maioria das vezes, é apenas checado e não executado como um protocolo que deve ser seguido antes de cada etapa do procedimento cirúrgico. A adesão real ao *checklist* representa um desafio, querequera valorização e compreensão deste, como ferramenta promotora da segurança do paciente cirúrgico. Isso perpassa pela mudança na cultura organizacional dos gestores e da equipe envolvida na assistência cirúrgica.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Lista de Checagem. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Equipe de enfermagem. Enfermagem perioperatória. Centros cirúrgicos.

ABSTRACT

ARAÚJO, L.A. **Challenges for the quality of adherence to the safe surgery checklist: mixed study.** 2021. 91 p. Dissertation (Master of Health Care) - Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2021.

Introduction: Adherence to the safe surgery checklist reduces mortality and complication rates among surgical patients. However, there is a low adherence to the instrument, especially when assessing the quality of the check items. Failure to comply with this protocol can lead to errors and jeopardize patient safety. **Objective:** To analyze the process and results indicators in the implementation of the safe surgery checklist. **Method:** Mixed study with concomitant embedded design, carried out in a large, public, philanthropic hospital in the Brazilian Midwest, in October 2019. The study population consisted of all safe surgery checklists completed in this period and available in the patient's chart in the chart supervision sector and, by 24 nursing professionals who work in the operating room, responsible for conducting the checklist. Data collection took place through document analysis and semi-structured interviews. The data from the two approaches were presented concurrently and analyzed using descriptive statistics and content analysis. **Results:** The checklist of 654 surgeries was evaluated, with the majority in the specialty of orthopedics 445 (68%), medium to large 392 (60%), lasting up to four hours 614 (93.9%), performed in the daytime 641 (98%) on working days 566 (86.5%). 24 nursing professionals participated, mostly nursing technicians 18 (75%), female 22 (91.7%), with experience in the Surgical Center between 8 months to 11 years and with professional training between 4 and 19 years old. Nursing technicians conducted the majority of the 641 checklist (98.0%) evaluated. We found a 100% adherence rate to complete the safe surgery checklist. However, although the professionals are aware of the importance of the checklist and the right moment for its application, they recognize that it is not always conducted as recommended, with items only being checked, without proper proof, due to innumerable barriers and challenges encountered. They emerged as barriers to their adherence: lack of training of the team, relationship difficulties by the hierarchy, noise due to parallel conversations at the moment of application, little attention to the break time and the discredit in the checklist. The biggest challenge is related to the autonomy that checklist drivers need to have in conducting the checklist, which comes up against medical hegemony over them. **Conclusion:** The rate of adherence to completing the checklist is 100%, but, in the experience of the person who conducts it, most of the time, it is only checked and not performed as a protocol that must be followed before each stage of the surgical procedure. Actual adherence to the checklist represents a challenge, which requires its appreciation and understanding, as a tool that promotes the safety of surgical patients. This permeates the change in the organizational culture of managers and the team involved in surgical care.

Keywords: Patient Safety. Check list. Health Care Quality Indicators. Nursing team. Perioperative nursing. Surgical centers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica	25
Quadro 2 –	Etapas da lista verificação de cirurgia segura	26
Figura 1 –	Esquema metodológico de avaliação da implementação do <i>checklist</i> de cirurgias seguras.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico no mês de outubro de 2019. Goiânia, GO, Brasil, 2021. (n= 654) **49**

Tabela 2– Adesão aos indicadores do *checklist* de cirurgias seguras nas etapas indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de sair da sala cirúrgica. Goiânia, GO, Brasil, 2021. (n=654) **50**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EA	Evento Adverso
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SES	Secretária Estadual de Saúde
SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (Pacote estatístico para as ciências sociais)
SUS	Sistema Único de Saúde
PUCGoiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization (Organização mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1 Segurança do paciente: marcos históricos e conceituais	22
3.2 Cirurgia segura: fundamentos para segurança do paciente	25
3.2.1. <i>Checklist</i> de cirurgias seguras: um instrumento para a segurança do paciente cirúrgico	26
3.3 Cultura de segurança: aspectos para o fortalecimento da segurança do paciente cirúrgico	30
3.4 Indicadores de saúde: ênfase na qualidade da assistência cirúrgica	32
4 MÉTODO	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Cenário do estudo	36
4.3 Delineamento quantitativo	39
4.3.1 População do estudo.....	39
4.3.2 Instrumento e coleta dos dados	39
4.3.3 Variáveis de análise.....	40
4.3.4 Análise dos dados	41
4.4 Delineamento qualitativo	42
4.4.1 Participantes do estudo.....	42
4.4.2 Instrumento e obtenção dos dados	42
4.4.3 Análise qualitativa dos dados	43
4.5 Integração dos dados	43
4.6 Aspectos éticos	44
5 RESULTADOS	45
5.1. Manuscrito:	46
<i>Checklist</i> de cirurgias seguras: marcado, mas não executado	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	76
ANEXOS	82

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do projeto temático “A segurança do paciente: um enfoque na formação e no cuidado” coordenado pela Profa. Dra. Adenicia Custódia Silva e Souza, coorientadora desta dissertação, ao qual integrei a partir da minha entrada no mestrado.

Atuo como enfermeira há 15 anos e destes, 14 anos foram dedicados à assistência perioperatória, no bloco cirúrgico de um mesmo hospital.

Neste tempo de atuação, acompanhei a implantação do *checklist* de cirurgia segura no referido hospital, participei da capacitação para essa implantação e vivenciei todo o movimento desta capacitação com as diferentes categorias profissionais.

A fase da implantação foi desafiadora, pois além de iniciar um novo protocolo, tínhamos que compreender seu processo de aplicabilidade. O instrumento passou por reformulações e atualizações e, atualmente, estamos na 10ª versão, contudo, sem perder a garantia da sua qualidade para uma disponibilização de segurança para o paciente.

Acompanhei de perto o dia-a-dia da condução do *checklist* de cirurgia segura e, hoje a equipe já está aderida ao processo de aplicabilidade do instrumento. Mas, sempre me chamou a atenção, as dificuldades da equipe para a sua condução e o fato de que o que foi anotado, nem sempre foi realmente checado previamente.

Com a oportunidade de ingresso no mestrado em Atenção à Saúde da PUC Goiás, iniciando no mundo da ciência e tendo que pensar em uma questão de pesquisa, o primeiro tema foi relacionado a esse protocolo de melhoria da qualidade da assistência ao paciente cirúrgico.

Discutindo a temática, com os orientadores, à luz da literatura sobre o tema e aliado à minha experiência na área, aceitamos o desafio de melhor compreender a utilização dessa ferramenta no meu cotidiano. Especialmente, porque buscava respostas para melhorar a minha prática de assistência no perioperatório.

A dissertação está apresentada em um formato alternativo, no qual os resultados estão apresentados e discutidos em um manuscrito que será submetido para apreciação e publicação à Revista Texto & Contexto

Enfermagem. Após a apresentação completa do manuscrito, a dissertação é finalizada com as considerações finais, referências e anexos.

1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente 234 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente no mundo e entre estes, em cerca de sete milhões, podem ocorrer complicações. Destes, um milhão de pacientes podem morrer em decorrência de Eventos Adversos (EA) (WEISER *et al.*, 2008; SILVA; RODRIGUES, 2016; OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2017).

Os EA são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, podendo ser físico, social e psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Quando associados aos procedimentos cirúrgicos, merecem atenção especial, uma vez que, o centro cirúrgico é o local em que eles ocorrem com maior frequência no contexto hospitalar, podendo ser evitados em cerca de 50% dos casos (ARAÚJO; CARVALHO, 2018).

Estão relacionados com acidentes intraoperatórios cirúrgicos ou anestésicos, com complicações pós-operatórias imediatas ou tardias e com o fracasso da intervenção cirúrgica, exemplificados por infecções do sítio cirúrgico, realização de procedimentos em topografia errada do corpo, posicionamento cirúrgico inadequado, problemas no ato anestésico e administração incorreta de medicamentos (BOHOMOL; TARTALI, 2013; BATISTA *et al.*, 2019).

Os eventos adversos aumentam o tempo de permanência no hospital e o risco de óbito. Direciona para a necessidade de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas, o que onera sobremaneira os custos relacionados ao tratamento, configurando-se como um importante problema de saúde pública na atualidade (MOURA; MENDES, 2012; NILSSON *et al.*, 2016; RUIZ; LÁZARO; LÓPEZ, 2017; SOUSA-PINTO *et al.*, 2018).

Dados fomentam a necessidade da adoção de práticas sistemáticas para o atendimento seguro do paciente no período perioperatório (BATISTA *et al.*, 2019). Nesse ínterim, com vistas a melhorar a segurança do paciente e qualificar a atenção nos serviços de saúde, a OMS lançou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Como parte dela, foi instituído, em 2008, o programa Cirurgia Segura Salva Vidas, recomendando a utilização de uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*), cujo objetivo é

auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança, contribuindo para a redução de complicações entre pacientes cirúrgicos (WHO, 2009).

Este *checklist* é composto de três etapas, sendo elas: 1) Antes da indução anestésica (Identificação – *Sign in*); 2) Confirmação – antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica (*Time out*), com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e 3) Registro – antes de o paciente sair da sala cirúrgica (*Sign out*), as quais asseguram que elementos-chave de segurança sejam incorporados na rotina da sala de operações. Tais elementos maximizam a chance de melhores resultados para os pacientes sem que ocorra ônus indevido no sistema de saúde e nos prestadores (WHO, 2009; PANCIERI *et al.*, 2013).

Recomenda-se que apenas uma pessoa seja responsável pela condução do checklist e que esta, tenha autoridade sobre o processo cirúrgico para interromper ou impedir seu avanço (SOUZA *et al.*, 2016). Na “Identificação”, antes da indução anestésica, o condutor do *Checklist* confirmará verbalmente com o paciente (quando possível) sua identidade, o sítio da cirurgia, o procedimento e a obtenção do consentimento para a cirurgia. Além disso, confirmará visualmente que o sítio operatório foi marcado (se isto for aplicável) e revisará verbalmente, com o profissional de anestesia, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades com as vias aéreas e alergias e se uma verificação de segurança dos equipamentos anestésicos e medicamentos foi concluída (WHO, 2009).

Em seguida, na “Confirmação”, a equipe fará uma pausa, imediatamente antes da incisão cutânea para confirmar, em voz alta, que estão sendo realizados a operação correta no paciente certo e no local correto. Todos os membros da equipe revisam, verbalmente, os elementos críticos de seu plano para a operação, usando as questões do *Checklist* como guia. Nesta fase, há a confirmação dos antibióticos profiláticos administrados nos últimos 60 minutos e se os exames de imagens estão expostos adequadamente. Representa uma fase, na qual a presença do cirurgião é fundamental (WHO, 2009).

Por fim, no “Registro”, antes do fechamento da incisão, a equipe revisa, em conjunto, a operação que foi realizada, a contagem de compressas e instrumentos e conferem se a amostra cirúrgica a ser enviada ao laboratório foi

etiquetada, e de forma correta. Revisa, ainda, o funcionamento de equipamentos ou questões que necessitem ser resolvidas, bem como os planos-chave e preocupações a respeito da abordagem e recuperação pós-operatórias antes de retirar o paciente da sala de operações (WHO, 2009).

Estudos comprovam que a adesão ao *checklist* reduz as taxas de mortalidade e de complicações entre pacientes cirúrgicos, além de diminuir o número de erros por falhas de comunicação entre os membros da equipe, com expressivos impactos na assistência à saúde (HAUGEN *et al.*, 2015; MAYER *et al.*, 2016; JAGGER; GUNNARSSON; HO, 2019). É, portanto, uma ferramenta que promove a união da equipe, minimiza complicações pós-operatórias, reduz a dependência da memória, intuição e erros, tornando-se sinônimo de melhores práticas em áreas de alto risco (ALPENDRE *et al.*, 2017).

Traduz-se, assim, como um importante indicador que representa a qualidade da assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, o qual é utilizado para reavaliar, replanejar e reorganizar as atividades desse serviço, oferecendo subsídios para tomada de decisão na gestão da assistência (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2011; AMARAL; SPIN; BOCHI, 2017).

Ou seja, constitui-se em uma medida para avaliação concreta de um processo dentro de uma interface de gestão eficiente de resultados, que orientam o caminho para a excelência do cuidado (GABRIEL *et al.*, 2011; JANUÁRIO *et al.*, 2015; BAÓ *et al.*, 2019). Estudos, nacionais e internacionais, tem revelado sua importância para o gerenciamento de boas práticas em enfermagem por fornecer o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, com vistas à qualidade e segurança nos serviços (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015; VAN DISHOECK *et al.*, 2011, 2016; ROSSANEIS *et al.*, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Desta forma, impactam no controle dos agravos e na qualificação do cuidado prestado (BAÓ *et al.*, 2019), ancorado em ações de promoção da segurança do paciente e da melhoria da qualidade nos serviços de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

Atrelado a isto, as pesquisas evidenciam, ainda, que há uma baixa adesão ao instrumento, principalmente quando avaliam a qualidade/completude dos itens de checagem (RIBEIRO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2019; WHITE *et al.*, 2019). Dentre os elementos que dificultam a adesão

ao checklist de cirurgias seguras, estão: inconformidade em seu preenchimento, não aplicação na totalidade de cirurgias, checagem insuficiente de materiais e equipamentos (ALMEIDA; RODRIGUES, 2018; TOSTES; GALVÃO, 2019), falta da participação da equipe, baixa adesão do *checklist* após o horário das 16 horas e em finais de semana (RIBEIRO *et al.*, 2017). Ainda, falta de apoio das chefias de cirurgia, da equipe de anestesia e de enfermagem, ausência de monitoramento da prática do uso do *checklist* e, descrença sobre os seus benefícios (ALMEIDA; RODRIGUES, 2018; GUTIERRES *et al.*, 2018).

Particularmente, estudos realizados em instituições hospitalares de ensino apontam que a adesão ainda se configura como um grande desafio, podendo comprometer os resultados esperados na segurança cirúrgica. Isto sugere a necessidade de que a adesão ao *checklist* precisa ser aprimorada, por meio da combinação de diferentes estratégias de implantação, caracterizadas tanto pela regulação, quanto pela sensibilização e empoderamento das equipes cirúrgicas (FREITAS *et al.*, 2014; MARQUIONI *et al.*, 2019; MAGNAGO *et al.*, 2019).

Ante a estes aspectos, e por entender que o processo de implantação e adesão a esse método podem informar sobre as barreiras para sua utilização efetiva e trazer subsídios para os ajustes necessários, a fim de adequar seu uso e garantir segurança ao paciente (FREITAS *et al.*, 2014; ELIAS *et al.*, 2015), emergiu o interesse por este estudo, de abordagem mista, com vistas a responder a seguinte questão de pesquisa: *A adesão ao checklist de Cirurgias Seguras e a qualidade da sua condução geram indicadores confiáveis?*

Este estudo justifica-se pela relevância do tema e possibilidade de fortalecimento da Cultura de Segurança do paciente, a partir de um método que permite uma análise mais apurada tanto do objeto investigado quanto do próprio contexto em que ele ocorre, ao capturar diferentes percepções, viabilizando o estudo de problemas complexos e a construção de resultados de pesquisa potencialmente mais completos e relevantes com vista a fortalecer a produção do conhecimento nesta área.

Assim, os resultados contribuirão com indicadores para a melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico, e mostrarão as lacunas a serem trabalhadas no processo de educação permanente. Contribuirá para a

conscientização dos profissionais quanto a prática da comunicação assertiva para a redução dos eventos adversos e até mesmo contribuir com a redução dos custos hospitalares. A implementação efetiva do *checklist* de Cirurgia Segura assegurará a excelência dos processos de acreditação hospitalar e minimizará o impacto negativo para a saúde pública.

Acredita-se ainda que esses resultados serão fundamentais para avaliação da assistência de enfermagem prestada nesse espaço, permitindo, assim, nortear o processo de trabalho e de gestão da segurança do paciente no centro cirúrgico.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os indicadores de processo e resultado na implementação do *checklist* de cirurgia segura.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a taxa de adesão ao *checklist* de Cirurgias Seguras;
- Compreender a experiência dos profissionais no preenchimento do *checklist* de Cirurgias Seguras.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Segurança do paciente: marcos históricos e conceituais

A temática segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente, durante a assistência à saúde, estão na pauta de discussões de diferentes espaços. É, portanto, uma questão discutida globalmente, que tem gerado mudanças e uma busca crescente pela melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde (LEMOS *et al.*, 2018).

Esta preocupação com a segurança do paciente data de milhares de anos, desde Hipócrates (460 a 370 a.C), quando apontou a máxima *primum non nocere*, entendida com “primeiramente, não cause danos” (DEL CORONA; PENICHE, 2015).

Desde então, personalidades como Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemnan entre outros, cooperaram na qualificação em saúde, reafirmando a relevância do cuidado de maneira organizada e sem danos, por determinar exemplos de qualidade, bem como avaliar as entidades de saúde, considerando as variações clínicas e baseando-se por intermédio de evidências (BRASIL, 2014; PEREIRA; OLIVEIRA; GOMES, 2020).

Todavia, o maior avanço em estudos, pesquisas e diretrizes relacionadas a segurança do paciente deu-se a partir do relatório *To Err is Human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), publicado pelo *Instituto of Medicine (IOM)* no final do primeiro semestre de 1998, o qual apontou que cerca de 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de Eventos Adversos nos Estados Unidos da América (EUA). Revelou, ainda, que a ocorrência de EA representa um grave prejuízo financeiro, com gastos anuais estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares (INSTITUTO OF MEDICINE, 2000; WATCHER, 2013; BRASIL, 2014).

Face as essas evidências e a magnitude do problema de segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 2002, suscitou o movimento global pela segurança do paciente (WATCHER, 2013; LIMA *et al.*, 2014). Como

reflexo, lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo foi despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde, apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e a indução de boas práticas assistenciais (BRASIL, 2014).

Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro Desafio Global “*Clean Care is Safer Care*” (Cuidado Limpo é Cuidado mais Seguro), lançado em outubro de 2005, referiu-se às infecções relacionadas com a assistência à saúde (IRAS). Teve como pilar a higienização das mãos, uma ação simples e que ainda permanece como a medida individual mais eficaz e menos onerosa para redução das IRAS e da resistência antimicrobiana (RIBEIRO, 2017).

Estima-se que 3% a 15% dos usuários que são hospitalizados em instituições brasileiras, adquirem alguma infecção durante a assistência à saúde, e que destes, 5% a 12% morrem em consequência da mesma (OLIVEIRA *et al.*, 2013). O controle dessas infecções por meio da higienização adequada das mãos promove a segurança e qualidade da atenção prestada ao usuário (KORB *et al.*, 2019), direcionando para necessidade de adesão e aplicação desta prática nos diferentes cenários de prestação de assistência em saúde.

Em 2008, foi lançado o segundo Desafio Global para a Segurança do paciente, intitulado “*Safe Surgery Saves Lives*” (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), que dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, inquestionavelmente, componentes essenciais da assistência à saúde (WHO, 2009). Assim, contemplou os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica no contexto da prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia e desenvolvimento de equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica.

Além disso, foi instituído também um *checklist* com 19 itens que se concentra na comunicação e práticas seguras em três períodos do processo anestésico-cirúrgico: antes da indução anestésica; antes da incisão cirúrgica da pele e antes do paciente sair da sala de cirurgia (WHO, 2009; PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

No ano de 2017, foi lançado na Alemanha, durante o evento *Second Global Ministerial Summit on Patient Safety*, o terceiro Desafio Global: “*Medication Without Harm*” (Medicação Sem Danos), que tem por objetivo abordar as fragilidades nos sistemas de saúde que levam a erros de medicação e graves danos (LIMA JUNIOR; GERHARDT, 2017). Para tanto, propuseram-se soluções para a garantia da segurança do sistema de medicação desde a prescrição, transcrição, dispensação, administração até o monitoramento desta prática, no intuito de reduzir no mundo 50% dos danos evitáveis relacionados à medicação em cinco anos (WHO, 2017).

Particularmente no Brasil, outras ações específicas e voltadas para segurança do paciente incluíram: a criação no ano de 2002, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Rede Sentinela, com o objetivo de notificar ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) os produtos que apresentam falhas, fornecendo as informações necessárias para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária nos hospitais, com vistas a incentivar a cultura de notificação e melhoria da qualidade nos serviços de saúde (MACEDO; BOHOMOL, 2019).

Alinhado a esta visão, no ano de 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente nestes espaços (BRASIL, 2014).

Conceitualmente, a Segurança do Paciente é entendida como “a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente associada aos cuidados de saúde”. Intitulam-se ocorrências relacionadas à assistência como Eventos Adversos, que podem ser físicos, sociais, psicológicos e incluem desde o sofrimento até a própria morte do paciente (BRASIL, 2014; PEREIRA; OLIVEIRA; GOMES, 2020).

Ademais, o PNSP orienta a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com vistas a promover o desenvolvimento de programas voltados à segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde (BRASIL, 2014)

Sob esta perspectiva, o MS por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2013, instituiu a obrigatoriedade dos NSP nas instituições públicas, privadas, filantrópicas, de ensino, entre outros, estabelecendo orientações para seu funcionamento (ANVISA, 2013). O NSP tem a responsabilidade de desenvolver o Plano de Segurança do Paciente (PSP), documentar as estratégias e ações de gestão de risco, apropriar-se do seu papel como instância promotora de prevenção, controle bem como mitigação de EA (MACEDO; BOHOMOL, 2019).

3.2 Cirurgia segura: fundamentos para segurança do paciente

O centro cirúrgico (CC) é a unidade do ambiente hospitalar onde são realizados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto de caráter eletivo quanto emergencial (GUTIERRES *et al.*, 2018). É um ambiente que envolve uma dinâmica peculiar de assistência em saúde, uma vez que, os profissionais aí inseridos lidam, constantemente com uma variedade de situações e realização de intervenções invasivas que requerem o uso de tecnologias de alta precisão, muitas vezes, marcadas por pressão e estresse, o que o configura como cenário de alto risco, extremamente suscetíveis a erros (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016; FREITAS; MENDES; GLAVÃO, 2016).

No mundo é realizada uma cirurgia para cada 25 pessoas, o que revela a importância da segurança na realização do procedimento, dado que se estima que metade das cirurgias realizadas acarretam complicações e morte, sendo que 50% dessas ocorrências seriam evitáveis (PANCIERI *et al.*, 2013).

Estudos nacionais e internacionais apontam que o risco de ter um evento adverso (EA), é maior entre os pacientes que realizaram procedimento cirúrgico quando comparados a pacientes com internação clínica (ANDERSON *et al.* 2013; BAINES *et al.*, 2015).

Em face a frequência elevada e gravidade do dano associado, evidenciado pelos dados epidemiológicos, a insegurança em cirurgia emerge como um problema de saúde pública (FREITAS *et al.*, 2014), que resultou no lançamento da aliança Mundial para Segurança do Paciente em 2004, a fim de facilitar o desenvolvimento de uma política para melhorar a segurança do

paciente e a qualidade dos serviços de saúde nos Estados-membros (OMS, 2009).

E como fruto dessas discussões, em 2008, a ênfase foi direcionada à segurança da assistência cirúrgica, para a qual foi desenvolvido o Manual “Cirurgia Segura Salva Vidas”, com vistas a reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS (PANCIERI *et al.*, 2013).

Para tanto, elencou-se 10 objetivos básicos e fundamentais para equipes cirúrgicas a serem observados em todos os procedimentos cirúrgicos, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1 - Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica.

1) A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo;
2) A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
3) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
4) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas
5) A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
6) A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico;
7) A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas;
8) A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
9) A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;
10) Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos

Fonte: OMS, 2009

3.2.1. Checklist de cirurgias seguras: um instrumento para a segurança do paciente cirúrgico

Define-se *Checklist* como a verificação, de forma metódica, de todas as etapas de um procedimento a fim de que esse se desenvolva com o máximo de segurança (SANTOS, 2011). No contexto organizacional, representa uma técnica de controle para o auxílio de diferentes funções. É um instrumento eficaz na prevenção e minimização do erro, que ao atingir o usuário e provocar

um dano, é conceituado como evento adverso. Representa um protocolo que permite o conhecimento de todos sobre as condutas e diretrizes nele estabelecidas (OLIVEIRA; FERREIRA; ARRUDA, 2018).

Historicamente, sua utilização data da década de 30, do século passado, e surgiu na força aérea norte-americana, ante a complexidade crescente dos aviões e a frequência de acidentes fatais, devido a falhas de concentração ou de memória. Acidentes que foram evitados com a criação de listas de verificação e o seu rigoroso cumprimento (SANTOS, 2011).

A resolutividade de prevenção dessa lista, na aviação, levou a sua disseminação a diferentes setores e áreas tais como: a construção civil, setor de energia nuclear e o setor financeiro, fazendo parte da rotina do processo de trabalho nesses espaços. No âmbito da área da saúde, apesar de mais recente, representa uma prática importante por fortalecer a cultura de segurança do paciente, ao minimizar, até ao limite máximo, as possibilidades de erro (GAWANDE, 2011).

A instituição de medidas de intervenção como a utilização de *checklists* melhora a comunicação, diminui a ocorrência de falhas por omissão e representa uma ferramenta fundamental no alcance da qualidade e da segurança do atendimento (AMAYA *et al.*, 2016).

No contexto cirúrgico, a adoção da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (*checklist*) é uma das ferramentas preconizadas para alcançar os objetivos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à segurança do paciente cirúrgico. O *checklist* pode ser aplicado em qualquer hospital, independentemente da sua complexidade, e auxilia as equipes cirúrgicas, de forma sistemática, a observarem os passos críticos de segurança que contribuem para a prevenção de danos aos pacientes (FREITAS *et al.*, 2014; PORCARI *et al.*, 2020). Sua aplicação envolve a assistência cirúrgica intraoperatória, e está dividida em três etapas conforme quadro 2.

Quadro 2 - Etapas da lista verificação de cirurgia segura.

1ª) IDENTIFICAÇÃO - antes da indução anestésica (entrada ou <i>sign in</i>)
a) Paciente confirmou – identidade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento
b) Sítio demarcado
c) Verificação de segurança anestésica concluída

d) Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento
e) O paciente possui alergia conhecida
f) Via aérea difícil/risco de aspiração e equipamento/assistência disponíveis
g) Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg em crianças), e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos.
2ª) CONFIRMAÇÃO - antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica ou <i>timeout</i>)
a) Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função
b) Cirurgião, anestesiológista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente - identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento
c) Eventos críticos previstos - <u>Revisão do cirurgião</u> : quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista - <u>Revisão da equipe de anestesiologia</u> : há alguma preocupação específica em relação ao paciente - <u>Revisão da equipe de enfermagem</u> : os materiais necessários (ex. Instrumentais, próteses) estão presentes e dentro do prazo de esterilização (incluindo resultados do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações
d) A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos, as imagens essenciais estão disponíveis.
3ª) REGISTRO - antes do paciente sair da sala de cirurgia (saída ou <i>sign out</i>)
a) Registro completo do procedimento intraoperatório, incluindo procedimento executado
b) Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas
c) Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente)
d) Se há algum problema com equipamento para ser resolvido
e) O cirurgião, o anestesiológista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente (especificar critérios mínimos a serem observados. Ex: dor).

Fonte: DEL CORONA; PENICHE, 2015.

Estima-se que é necessário o tempo total de três minutos para aplicação destas etapas e orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação, sendo o enfermeiro o profissional indicado para conduzir a checagem. Entretanto, qualquer profissional que participa do procedimento cirúrgico pode ser o coordenador da verificação. Esse profissional deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório algum dos itens, mesmos considerando que essa interrupção pode incorrer em desgaste perante a equipe, dependendo da maturidade da mesma (WHO, 2009; SOUZA *et al.*, 2016).

Estudo desenvolvido por Haynes *et al* (2009), com o objetivo de avaliar a efetividade do *checklist* em cirurgias eletivas realizadas em oito países, mostrou que as grandes complicações foram reduzidas de 11% para 7% ($p <$

0,001), a mortalidade caiu de 1,5% para 0,8% ($p = 0,003$) e a adesão à antibioticoprofilaxia aumentou de 55% para 83%. Outra pesquisa realizada por Weiser *et al* (2010), ao avaliar cirurgias de urgência, evidenciou redução de 18,4% para 11,7% nas taxas de complicação, e de 3,7% para 1,4%, nas de mortalidade.

Trata-se, portanto, de um instrumento que além de garantir uma maior segurança do paciente em relação ao procedimento cirúrgico, aumenta a eficácia das atividades realizadas pela equipe multidisciplinar e reduz o número de erros por falha de comunicação (PAIVA *et al.*, 2015).

O *checklist* de cirurgias seguras configura uma ferramenta de trabalho em equipe, com vistas a oferecer uma assistência cirúrgica segura e livre de danos ao paciente, por isso a adesão a essa ferramenta, por parte dos profissionais que atuam no CC, é fundamental (DEL CORONA, PENICHE, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Estudos revelam que sua adequada utilização e adesão ainda se configura como um grande desafio, podendo comprometer os resultados esperados na segurança cirúrgica, principalmente pela presença de incompletude e incoerência em seu preenchimento (MARQUIONI *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019), requerendo ser aprimorada com vistas a contribuir com a redução de eventos adversos aos pacientes cirúrgicos (ELIAS *et al.*, 2015).

Apesar da comprovada importância do *checklist* alguns fatores podem interferir no seu processo de implementação como: ausência de uma cultura de segurança, déficit de material, resistência da equipe e a burocracia (FERREIRA *et al.*, 2019). Outras barreiras incluem ainda: falta de *compreensão* sobre os itens e momento adequado para checagem, ausência de compreensão sobre os benefícios do *checklist*, má comunicação entre as categorias de cirurgiões e anestesistas, hierarquia existente entre as categorias profissionais, ausência de trabalho em equipe e de apoio sênior, resistência ativa ou passiva de alguns profissionais, especialmente daqueles mais experientes, com frequência maior dos cirurgiões e anestesistas, e ceticismo em relação à base de evidências sobre o *checklist*, bem como o tempo gasto com a checagem (TOSTES; GALVÃO, 2019).

Ressalta-se, assim, que a forma como o processo de implementação do *checklist* ocorre, pode acarretar execução incompleta ou inconsistente no uso

da ferramenta e taxa de adesão baixa pela equipe cirúrgica. Por conseguinte, os benefícios no seu emprego podem variar conforme a efetividade desse processo (GILLESPIE; MARSHAL, 2015; CONLEY *et al.*, 2011).

Isso sinaliza a necessidade de eliminar as barreiras para conduzir o *checklist*, adotando ações educativas que envolvam as equipes e o real entendimento da aplicação do instrumento, e, assim, favorecer a segurança cirúrgica e a qualidade da assistência (RINALDI *et al.*, 2019).

Ressalta-se ainda, que para que o objetivo real do *checklist* seja alcançado é necessário que sua execução não seja uma tarefa mecânica, de apenas ticar os itens da lista. Ou seja, prediz uma cultura de segurança do paciente e de trabalho em equipe, consolidadas na instituição (GAWANDE, 2011).

3.3 Cultura de segurança: aspectos para o fortalecimento da segurança do paciente cirúrgico

O âmbito complexo e de risco da assistência cirúrgica, atribuído principalmente a diversidade dos procedimentos, interação das equipes multiprofissionais e o trabalho sob pressão, possui elevado potencial para ocorrência de eventos adversos (EA) ao paciente (MANRIQUE *et al.*, 2015).

Para a melhoria da segurança do paciente nestes espaços e a prevenção de EA, é fundamental a implantação de uma política institucional de cultura de segurança (ABREU *et al.*, 2019).

A cultura de segurança pode ser entendida como o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a eficiência da administração de uma organização saudável e segura. Nesta cultura, a culpa e a punição devem ser substituídas pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (WATCHER, 2013; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Desta forma, as Instituições de Saúde têm incorporado iniciativas voltadas aos protocolos de cirurgia segura para garantir que os padrões estabelecidos sejam observados durante os procedimentos. A comunicação entre os profissionais deve ser efetiva e os EA apresentados na sala de cirurgia e na recuperação pós-anestésica devem ser registrados de forma clara e

responsável para que haja adequada atenção ao paciente no transoperatório (BOHOMOL; MELO, 2019). Salienta-se, entretanto, que tais ações devem estar firmadas no amadurecimento gerencial, no envolvimento das lideranças, na integração de equipes e estratégias para eliminar a cultura da punição (GÖZLÜ; KAYA, 2016).

Busca-se com isso, oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar satisfação (COSTA *et al.*, 2018). Quando a segurança é instituída como processo cultural, constata-se maior consciência profissional quanto à cultura de segurança do paciente e ao compromisso ético do gerenciamento de risco para o profissional e para o paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Estudo realizado com objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente entre as equipes de enfermagem, no contexto hospitalar, evidenciou que para o alcance de cultura de segurança positiva são necessárias ações de melhoria que envolvam a gestão e as chefias no que se refere a percepção geral da segurança; expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança; abertura da comunicação; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e trabalho em equipe entre as unidades (COSTA *et al.*, 2018).

Outro estudo para avaliar a percepção de profissionais de enfermagem, especificamente em um centro cirúrgico quanto as dimensões da cultura de segurança do paciente, apontou para necessidade de se implementar mudanças que requeiram esforços de toda a organização hospitalar nos níveis estratégico, administrativo e operacional, principalmente para incentivar a atenção dos profissionais na condução das ações que fortaleçam a cultura não punitiva, e estudar o dimensionamento de profissionais para o atendimento do paciente no perioperatório (BOHOMOL; MELO, 2019).

É imprescindível que haja, portanto, uma mudança de paradigmas na qual se busca a promoção da cultura de segurança que engloba e valoriza as comunicações entre os profissionais da equipe cirúrgica e que comumente potencializam a ocorrência de incidentes (DEL CORONA; PENICHE, 2015; ELIAS *et al.*, 2015; SIMAN *et al.*, 2019).

Soma-se a isso, a necessidade de esforços de toda a organização hospitalar com vistas a incentivar a atenção dos profissionais na condução das ações, para o conhecimento das causas dos erros e suas formas de

juízo, através de atitudes questionadoras e prudentes, fortalecendo a cultura não punitiva e afastando o foco da atenção de quem realizou o erro (CORREGGIO; AMANTE; BARBOSA, 2014).

Assim, é premente que os procedimentos realizados nos pacientes cirúrgicos ocorram com a melhor qualidade e que os possíveis erros sejam mitigados por uma cultura de segurança do paciente fundamentado em indicadores de qualidade assistencial (DEL CORONA; PENICHE, 2015).

3.4 Indicadores de saúde: ênfase na qualidade da assistência cirúrgica

A qualidade dos processos em saúde é um tema que vem sendo amplamente discutida entre os profissionais da área, cujos principais desafios relacionam-se à busca de uma assistência de excelência que vise atender às demandas de forma eficiente, com o mínimo de risco ao paciente/cliente, tendo em vista que a assistência não planejada pode resultar em danos consideráveis (BARBOSA *et al.*, 2015; PARANAGUÁ, 2016).

Desta forma, medir o desempenho passou a ser de extrema importância para melhoria dos processos de trabalho, reduzindo os custos operacionais e promovendo a satisfação do paciente (BITTAR, 2008). Nesse processo de qualidade, quando se discute a temática dos serviços de saúde, é importante considerar as três dimensões essenciais da tríade proposta por Donabedian: estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1991; GERMANO, 2016).

Esses são utilizados para compreender situações e analisar tendências ou mudanças ocorridas ao longo do tempo, tornando-as quantificáveis, de maneira que possam ser analisadas e, com isso, proporcionar a compreensão do processo de trabalho e avaliar se os objetivos estão sendo alcançados, subsidiando melhorias no serviço (CAVALCANTE *et al.*, 2015; GAMA; BOHOMOL, 2020).

Assim, **estrutura** pode ser entendida como os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência à saúde, ou seja, concerne às configurações em que os cuidados de saúde ocorrem e como esse é organizado. O **processo** refere-se às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, inclui diagnóstico, tratamento, aspectos éticos de relação profissional, equipe de saúde e

paciente. Compreende, assim, todas as etapas e atividades realizadas na implementação de um tratamento ou episódio de cuidado. Por fim, o **resultado** corresponde ao produto da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1991; SANTOS; RENNÓ, 2013; CHAZAPIS *et al.*, 2018).

Esses indicadores, consistem, portanto, nos principais sinalizadores de uma organização, pois permitem identificar a ocorrência de possíveis desvios em processos considerados normais, evidenciando a necessidade de revisões e impedindo a continuidade do problema. Desse modo, interligam as estratégias, os recursos e os processos organizacionais das unidades de atendimento em saúde (PARANAGUÁ, 2016).

Particularmente, o Centro Cirúrgico (CC) é considerado uma unidade complexa, por suas características, com demanda de assistência espontânea e emergencial e especificidades, que requer controle sobre seu funcionamento a fim de prestar atendimento de qualidade. Desta forma, o uso de indicadores nesses espaços é fundamental para nortear a gestão do setor, viabilizar o controle dos processos, garantir a qualidade dos serviços, além de gerir sua série histórica, avaliando os processos de melhoria implantados (AMARAL; SPIN; BOCHI, 2017; GAMA; BOHOMOL, 2020).

Dentre os indicadores de processo no contexto do centro cirúrgico está a implementação da lista de verificação de cirurgias seguras que permite avaliar a competência e segurança da assistência cirúrgica (OMS, 2009; GAMA; BOHOMOL, 2020).

Este indicador permite representar quantitativa e qualitativamente os resultados da assistência cirúrgica e, portanto, avaliar a qualidade, a produtividade e o impacto dos serviços prestados na saúde da população, constituindo um importante instrumento para a gestão, por promover ações voltadas para a prevenção de eventos adversos, a fim de assegurar assistência livre de danos (DONABEDIAN, 1991; DIAS; MARTINS; HADDAD, 2014; CHAZAPIS *et al.*, 2018).

O *checklist* de cirurgia segura não se traduz em apenas dados numéricos e sim um dado a ser trabalhado, no intuito de elaborar e implementar planos de ações para melhoria contínua dos processos na linha de cuidado do paciente cirúrgico. É um alerta quando ocorre desvio de uma

situação considerada normal ou esperada, sinalizando para que o processo em questão possa ser revisado e planejado ações no sentido de impedir a instalação do problema ou de novas ocorrências (BITTAR, 2008; SANTOS; RENNÓ, 2013; AMARAL; SPIN; BOCHI, 2017).

Entende-se, portanto, que a identificação e a caracterização desse indicador são primordiais para promoção da qualidade da assistência ao paciente cirúrgico, por dar visibilidade aos processos locais, o que, por conseguinte, viabiliza a tomada de decisões e o aperfeiçoamento dos serviços prestados, com impacto sobre os processos de trabalho executados (AMARAL *et al.*, 2020)

A grande importância de se utilizar o *checklist* como indicador de processo, é que além de permitir uma avaliação crítica da qualidade e da segurança do procedimento cirúrgico, ele foca nos itens essenciais que estão diretamente relacionados a uma cirurgia sem danos.

Hospitais que tem implantado o processo de qualidade, há mais tempo, tem uma cultura de segurança com apresentação bimestral dos indicadores de qualidade. Esses indicadores são analisados pelas lideranças administrativas e assistenciais que alinham, de forma sistemática, as ações assistenciais visando a qualidade da assistência. Essa cultura de segurança, instituída nestes hospitais, permitiu a eles o recebimento de certificações de qualidade, nacional e internacional (FONSECA; PERTELINI; COSTA.,2014).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo misto com estratégia de triangulação concomitante, desenvolvido segundo os pressupostos de Creswel e Clark (2011), a partir da combinação de abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa (SANTOS, 2020).

O método misto é um desenho de estudo que combina métodos distintos de abordagem como a pesquisa quantitativa e qualitativa, com o objetivo de compreender, ampliar e aprofundar o entendimento de um determinado assunto que se deseja investigar (SANTOS, 2020). Ou seja, envolve a incorporação concomitante de dados quantitativos e qualitativos em um único projeto, por meio de abordagens que se complementam (CRESWEL; CLARK, 2011).

Desta forma, o estudo quantitativo foi de **natureza retrospectiva**, e compreendeu a análise de documento (*checklist* de cirurgias seguras). Esse, caracteriza-se por descrever uma situação ou fenômeno em um momento, isto é, a coleta de dados envolve um recorte único no tempo (BASTOS; DUQUIA, 2013; MARCONI; LAKATOS, 2017).

A pesquisa qualitativa teve caráter descritivo-exploratório, sendo utilizada técnica de entrevista semiestruturada com a equipe de enfermagem, responsável pela condução do *checklist*. Ou seja, buscou descrever esse fenômeno, com vistas a proporcionar maior familiaridade com a questão de pesquisa a fim de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2011).

A opção por esse desenho se deu após a inquietação de que o tema será melhor respondido acessando também a experiência dos participantes neste preenchimento, apesar de seus desafios e complexidades, permitindo capturar diferentes percepções e fortalecer a produção do conhecimento nesta área.

A figura 1, a seguir, apresenta o método utilizado no estudo.

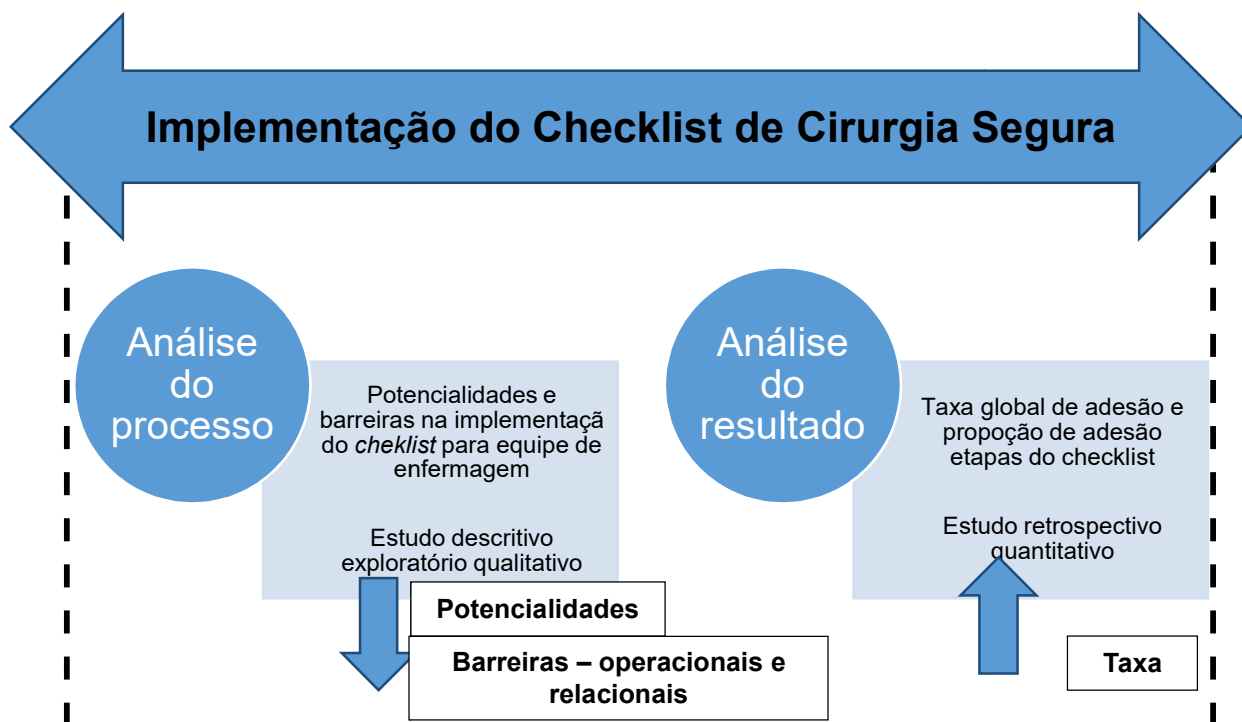


Figura 1. Esquema metodológico de avaliação da implementação do *checklist* de cirurgias seguras. Goiânia, GO, Brasil, 2021.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um estabelecimento de saúde de grande porte, público, filantrópico, gerido por uma Organização Social, com 176 leitos divididos em 78 cirúrgicos, 32 clínicos, 46 de Reabilitação e 20 de Unidade de Terapia Intensiva.

Este Centro localiza-se na Região Centro-Oeste do Brasil, realiza em média 680 cirurgias/mês e 100% dos atendimentos é pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É certificado como um Hospital de Ensino, desde 2014 pelos Ministérios da Saúde e Educação. A partir desta data, conta com programas de Residência Médica em Anestesiologia, Diagnóstico por Imagem, Medicina Física e Reabilitação (Fisiatria), Otorrinolaringologia e Radiologia. No ano de 2015, passou a oferecer também, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), a Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação, nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

O Centro Cirúrgico, lócus do desenvolvimento deste estudo, é composto por oito salas cirúrgicas, das quais seis são disponibilizadas para agendamento eletivo, uma sala está desativada e a outra serve de sala para giro das cirurgias subsequentes e, ainda uma sala de recuperação pós anestésica com 08 leitos.

Realiza cerca de 32 cirurgias/dia, eletivas e traumas ortopédicos, cirurgias de urgência são realizadas apenas para aquelas de complicações pós-operatórias. As especialidades cirúrgicas são Cirurgias ortopédicas divididas em subespecialidades: Geral, quadril/fêmur, pé e tornozelo, mão, Joelho, fixador externo, coluna, ombro e tumor ósseo, além de cirurgias nas áreas de pediatria, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, odontologia e outras.

As cirurgias são agendadas em horário comercial das 07:30 até às 19:00, e após este ocorrem os procedimentos cirúrgicos que não foram concluídos no tempo planejado ou complicações internas agendadas em caráter de urgência. Nos finais de semana o agendamento eletivo acontece aos sábados das 07:30 as 13:00 e não há agendamento eletivo aos domingos.

A equipe que atua no centro cirúrgico em todas as cirurgias, incluindo as eletivas, urgências e emergências internas é composta por: seis anestesistas, 52 cirurgiões distribuídos em diferentes especialidades, quatro cirurgiões dentistas, três fonoaudiólogos, quatro enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem e seis instrumentadores cirúrgicos, além de 24 médicos residentes de ortopedia, otorrinolaringologia e anesthesiologista.

Em 2013 após o Ministério da saúde lançar o PNSP e aRDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa e Portaria MS/GM nº 529/2013, este estabelecimento de saúde criou o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Este Núcleo implantou os protocolos do segundo desafio global para a segurança do paciente.

O *checklist* de cirurgia segura foi adotado como ferramenta de segurança. A partir desta data foram realizados treinamentos e educações permanentes para uso do instrumento de segurança cirúrgica-*checklist* de cirurgia segura.

Foram promovidas simulações, realizadas pela Gerente de Enfermagem, com todos os membros da equipe cirúrgica sobre a aplicação do *checklist* de cirurgia segura, seguindo o modelo sugerido pela OMS e adaptado

para a realidade institucional. Posteriormente aos treinamentos de simulação realística, o instrumento foi aplicado no centro cirúrgico, pelos enfermeiros assistenciais como facilitadores, para treinarem a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional e sanar dúvidas em tempo real.

Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e os instrumentadores, quando atuam no apoio, e o técnico de enfermagem que atua como circulante de sala operatória, são os responsáveis por conduzir e preencher o *checklist* de cirurgias seguras durante a realização das cirurgias.

Reitera-se que o NSP juntamente com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) promove todas as terças-feiras, o acolhimento aos profissionais que chegam ao estabelecimento de saúde para desenvolverem atividades assistenciais e, estes passam por essa capacitação. A cada turma de residentes das diferentes áreas que inicia sua qualificação no hospital, é apresentado todos os protocolos institucionais e de segurança do paciente e passam por capacitação para o seu uso.

Periodicamente, são realizadas atividades de educação permanente, no bloco cirúrgico, referente a aplicação do *checklist* de cirurgia segura e inclui a apresentação dos indicadores de qualidade desse protocolo. Os dados são apresentados em dispositivos de multimídia no formato de gráficos e também é promovido ranking de especialidades cirúrgicas que tiveram mais adesão ao indicador do *checklist* de cirurgia segura.

Todo esse movimento para garantir a segurança do paciente no hospital, culminou com o recebimento em 2014 do certificado de Acreditação Plena – Nível 2 concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e certificado pela norma NBR ISO 9001:2008. Diante deste contexto, implantou o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), que garante a padronização dos processos e facilita o acesso e controle das informações pelos usuários, colaboradores, clientes e órgãos fiscalizadores. Para garantir o processo de manutenção do SGQ e assegurar o padrão de qualidade, o estabelecimento dispõe de um serviço especializado, constituído por profissionais com formações diversificadas. Em 2016, o CRER se tornou o primeiro hospital de reabilitação do País e o primeiro hospital público do Centro-Oeste com o certificado de Acreditado com Excelência – Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

Este estabelecimento tem como missão, oferecer excelência no atendimento à pessoa com deficiência, fundamentado no ensino e pesquisa, priorizando um atendimento humanizado, com modernidade técnica e tem como meta atual, alcançar o patamar de referência em instituição de Reabilitação e Readaptação nacional.

4.3 Delineamento quantitativo

4.3.1 População do estudo

A população do estudo foi composta por todos os *checklist* de cirurgias seguras preenchidos no período de 01 a 31 de outubro de 2019 e disponíveis no prontuário do paciente no setor de supervisão de prontuário.

Foram incluídos no estudo todos os *checklist* de cirurgias seguras preenchidos no período de 01 a 31 de outubro de 2019 e disponíveis no prontuário. Foram excluídos os checklists de procedimentos ambulatoriais e de exames diagnósticos, os procedimentos realizados em sala cirúrgica, por não haver uma sala de pequeno procedimento, mas que não caracterizam procedimentos cirúrgicos, tais como: troca de sonda de gastrostomia, broncoscopia, endoscopia digestiva alta e traqueoscopia.

4.3.2 Instrumento e coleta dos dados

Para a coleta dos dados do *checklist* de cirurgias seguras foi realizado análise documental dos *checklist* disponíveis nos prontuários de pacientes que fizeram cirurgias no período. Estes dados foram registrados em uma planilha contendo todos os dados do *checklist* nas suas três fases de verificação: **Identificação (Entrada - antes da indução anestésica), Confirmação (Pausa - antes da incisão cirúrgica) e Registro (Saída - antes de o paciente deixar o centro cirúrgico) (APÊNDICE A)**. Foram relacionados dados de identificação do paciente, especialidade da cirurgia, lateralidade da cirurgia, sitio cirúrgico, tipo de anestesia, profissional que conduziu o *checklist*, cirurgia realizada, porte cirúrgico, tempo de duração da cirurgia, dia da semana e turno que a cirurgia

foi realizada, bem como todas as três etapas de verificação da segurança da cirurgia conforme aparecem no formulário do *checklist* construído de acordo com a lista de verificação de cirurgias seguras da OMS (2009).

A coleta dos dados foi realizada, retrospectivamente, incluindo todos os procedimentos cirúrgicos realizados no mês de outubro de 2019. Estes prontuários foram acessados no setor de supervisão de prontuário do hospital, no período de junho a outubro de 2020, após a devida autorização. A definição do mês de outubro de 2019 para a análise dos dados do *checklist* de cirurgias seguras ocorreu devido ao aumento considerável do número de cirurgias realizadas, em decorrência da mudança do contrato de gestão, que ampliou a meta de cirurgias/mês de 450 para 672 cirurgias/ mês e porque nesse mês já havia um tempo superior a 6 meses que a nova turma de residência médica estava atuando, **o que prediz uma adaptação ao serviço.**

4.3.3 Variáveis de análise

Foram analisadas as variáveis profissionais, cirúrgicas e as relacionadas às etapas do *checklist*:

1) **Profissionais:** sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação, curso de especialização, tempo de atuação em centro cirúrgico e na instituição.

2) Cirúrgicas: Especialidade, sítio cirúrgico, lateralidade cirúrgicas, tipo de anestesia, profissional que aplicou o checklist, tipo de cirurgia, dia que foi realizada a cirurgia, turno que foi realizada a cirurgia e etapas do *checklist* de cirurgia segura.

3) A condução e registro de todas as etapas do *checklist* são realizados pela equipe de enfermagem. Na etapa 1) **indução anestésica**, as respostas às perguntas do checklist são emitidas pelo anestesista. Na etapa 2) **antes da cirurgia**, as respostas são emitidas pelo cirurgião, mas também envolvem outros profissionais pertencentes à equipe cirúrgica: anestesiológico, instrumentador cirúrgico e a revisão da etapa com a enfermagem. Na etapa 3) **antes da saída do paciente**, a equipe médica confirma verbalmente com a enfermagem itens importantes da revisão da cirurgia, problemas com equipamentos/ instrumentais para serem resolvidos, conferência de:

instrumentais, espécimes para exames e recomendações específicas dopaciente na RPA ou para o pós-operatório.

A verificação do *checklist* de cirurgia segura, envolve toda a equipe cirúrgica e antes de iniciar qualquer uma das etapas que o compõe deve haver uma pausa, na qual todos param e focam, exclusivamente, na verificação indicada em cada etapa. Tanto as perguntas de checagem, quanto as respostas devem ser audíveis e inteligíveis para a garantia do procedimento (BRASIL, 2014).

O *checklist* de cirurgia segura adotado pelo estabelecimento deste estudo segue o modelo preconizado pela OMS (2009),e adaptado para a realidade institucional.

A **taxa de adesão ao *checklist*** de cirurgia segura tem o objetivo de acompanhar sua adesão e verificar barreiras para sua utilização efetiva e fornecer subsídios para os ajustes necessários a fim de adequar seu uso e garantir a segurança para o paciente.

4.3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 23. A caracterização do perfil demográfico dos profissionais da saúde e clínico dos pacientes foi realizada por meio de estatísticas descritivas: frequências absoluta e relativa. Cada cirurgia foi considerada uma unidade amostral e a adesão nas três diferentes etapas do *checklist* foi apresentada em forma de tabelas com as respectivas frequências absolutas e relativas.

O cálculo utilizado para avaliar a taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura foi:
$$\frac{n^{\circ} \text{ de checklist com adesão completa}}{n^{\circ} \text{ total de checklist aplicados no mes}} \times 100$$
 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

Considerou-se qualidade da adesão ao checklist quando este apresentou adesão a todos os indicadores, em todas as etapas, >70% (HAYNES *et al.*, 2009; POON *et al.*, 2013).

4.4 Delineamento qualitativo

4.4.1 Participantes do estudo

Participaram do estudo, nesta etapa, 24 profissionais que atuavam no centro cirúrgico (enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos), responsáveis por conduzir o *checklist* de cirurgias seguras.

Integraram o estudo, os profissionais que atuam no centro cirúrgico num tempo maior ou igual a seis meses na época da obtenção dos dados e que participaram diretamente do procedimento cirúrgico ou ofereceram suporte durante a cirurgia e conduziram o *checklist* e o registro dos dados. Não foram convidados a participar, os acadêmicos de Enfermagem, enfermeiros em aperfeiçoamento, profissionais que encontram no período de férias ou licenças por qualquer motivo no período da obtenção dos dados.

4.4.2 Instrumento e obtenção dos dados

Para obter uma melhor resposta ao objetivo desta pesquisa, foi utilizada a *Entrevista Semiestruturada* (Apêndice B) com cinco questões norteadoras relacionadas ao preenchimento do *checklist* de cirurgias seguras e aos desafios enfrentados, na prática cotidiana. No decorrer da entrevista, outras questões agregaram à sua estrutura de forma a tentar explorar ao máximo as informações dos participantes com o objetivo de compreender as potencialidades e barreiras na adesão ao preenchimento do *checklist* de cirurgias seguras.

Os participantes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores que conduzem o *checklist*, considerados informantes chaves, foram convidados a fazer parte do estudo e, na medida da aquiescência, foram agendadas as entrevistas que ocorreram no horário de trabalho dos participantes, de acordo com a disponibilidade de cada profissional e realizadas em sala de apoio do centro cirúrgico, que garantiu a privacidade.

As entrevistas ocorreram no mesmo período da coleta dos dados quantitativos, em momento distintos, de junho a outubro de 2020, após a leitura do TCLE e o consentimento dos participantes por meio da assinatura do mesmo. Foram realizadas face a face pela pesquisadora e acompanhada, inicialmente, pela orientadora para a obtenção de segurança na condução de uma entrevista realizada em profundidade. Os participantes tiveram o tempo que desejaram para as reflexões e respostas acerca da temática da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio utilizando aparelho smartphone, com a autorização do participante, tiveram duração entre cinco e 16 minutos e foram transcritas de imediato, na íntegra, para compor o *corpus* da pesquisa. Esse momento representou um primeiro contato com os dados das entrevistas, evidenciou a profundidade das respostas, sem necessidade de novo contato com nenhum participante, e a saturação das informações expressas pelos entrevistados.

4.4.3 Análise qualitativa dos dados

Os dados foram processados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011) e codificados linha a linha: Nomeação de conceitos - códigos, agrupamento de códigos e agrupamento de códigos em categoria; codificação Axial: Reagrupamento de dados que foram agrupados - definição de categorias e subcategorias e identificação de como as categorias se relacionam e codificação seletiva: decisão de qual é a categoria central, revisão do esquema teórico e validação do esquema teórico.

Este último foi realizado a partir de encontros e discussões entre os membros da equipe de pesquisa. Após todo o processamento de análise do conteúdo, o esquema teórico foi validado por *expert* na temática.

4.5 Integração dos dados

A integração dos dados foi realizada por meio do mecanismo de conexão, haja vista que, por se tratar de uma pesquisa concomitante, os dados

quantitativos estatísticos conectam-se às informações dos participantes na etapa qualitativa, produzindo elementos que se apoiam mutuamente.

Ou seja, foram apresentados e discutidos de forma sequencial, mostrando as contraposições, para melhor permitir a compreensão do fenômeno em estudo.

4.6 Aspectos éticos

Esse estudo faz parte do projeto temático “A Segurança do Paciente: Um enfoque na Formação e no Cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, CAAE:59736216.1.0000.0037, parecer nº 3.774.716

Todos os profissionais que consentiram participar do estudo procederam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Na parte qualitativa foram utilizadas falas dos participantes nos resultados e para garantir o anonimato foram identificados pela Letra E de entrevistado, seguido de número arábico que representa o número de ordem da entrevista por exemplo: E1, E2, E3 e assim, por diante.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em formato de manuscrito a ser submetido à revista *Texto & Contexto Enfermagem*, Qualis A2 – Enfermagem (ANEXO 3).

5.1. Manuscrito:

Checklist de cirurgias seguras: marcado, mas não executado

Luciene Apolinário de Araújo¹
José Rodrigues do Carmo Filho¹
Adenicia Custódia Silva e Souza¹

¹Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

RESUMO

Objetivo: Analisar os indicadores de processo e resultado na implementação do *checklist* de cirurgia segura. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de desenho misto, realizado em um hospital de grande porte, público, filantrópico do centro-oeste brasileiro. A população foi composta por 654 *checklist* de cirurgias seguras realizadas no mês de outubro de 2019 e, por 24 profissionais de enfermagem responsáveis pela condução do *checklist*. Os dados foram analisados por estatística descritiva e análise temática, **respectivamente.** **Resultados:** Os profissionais eram em sua maioria técnicos em enfermagem, 18 (75%), do sexo feminino, 22 (91,7%), com tempo de atuação no Centro Cirúrgico entre 8 meses a 11 anos e com formação profissional entre 4 a 19 anos. Houve uma taxa de 100% de adesão aos 654 *checklist* de cirurgias seguras analisados. Embora, os profissionais tenham consciência da importância do *checklist* e do momento certo de sua aplicação, reconhecem que nem sempre é realizado como preconizado devido a inúmeras barreiras e desafios encontrados. Emergiram como barreiras à sua adesão: A falta de treinamento da equipe, dificuldades de relacionamento pela hierarquia, barulho devido a conversas paralelas, pouca atenção ao tempo de pausa, o descrédito no *checklist* e a falta de autonomia frente a equipe. **Conclusão:** A taxa de adesão ao *checklist* é de 100%. Mas, na maioria das vezes é apenas checado e não executado antes de cada etapa do procedimento cirúrgico. Representa um desafio, querequera valorização dessa ferramenta e ações para a sua real efetivação para que se cumpra a desejada segurança do paciente cirúrgico.

Descritores: Segurança do Paciente. Lista de Checagem. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Equipe de Enfermagem. Enfermagem Perioperatória; Centros Cirúrgicos.

INTRODUÇÃO

A realização de procedimentos cirúrgicos é uma prática essencial na área da saúde e tem aumentado devido ao progresso tecnológico e o aperfeiçoamento da atenção à saúde.¹ Todavia, trata-se de uma prática que apesar de proporcionar grandes benefícios aos pacientes, é passível de erros

que podem causar consideráveis prejuízos, traduzindo-se em incapacidades temporárias ou permanentes e, até mesmo, em mortes.²

Estima-se que 312,9 milhões de procedimentos cirúrgicos sejam realizados anualmente,³ e que um, em cada trezentos pacientes admitidos morra em decorrência de erros cirúrgicos evitáveis, em mais de 50% dos casos.⁴ Estudo Brasileiro, evidenciou que de 60 eventos adversos avaliados 54 (90%) eram evitáveis e mais de dois terços resultaram em danos leves a moderados.⁵

Os dados confirmam a dimensão dos problemas de segurança do paciente, particularmente os cirúrgicos. Face a frequência elevada e gravidade do dano associado, a insegurança em cirurgia emerge como um problema de saúde pública, apesar do pouco reconhecimento da sua extensão.⁶

Nesse interim, e no intuito de reduzir incidentes evitáveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2004, a Aliança Mundial Pela Segurança do Paciente. Como parte dessa Aliança, foi lançado, em 2008, o desafio "Cirurgias Seguras Salvam Vidas". Entre as ações promotoras da segurança recomendadas está o uso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*), cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática etapas de segurança.⁷

O uso desta ferramenta nos procedimentos cirúrgicos reduz as taxas de mortalidade e de complicações, aumenta a adesão à antibioticoprofilaxia e reduz o número de erros por falha de comunicação da equipe,⁸ o que evidencia a importância da adesão ao seu uso, sendo fortemente recomendada como intervenção efetiva, de aplicação relativamente fácil e de baixo custo.⁷

Assim, compreende um importante indicador de processo utilizado para reavaliar, replanejar e reorganizar as atividades de um serviço, oferecendo subsídios para tomada de decisão na gestão da assistência.⁹

Pesquisa feita pela OMS com oito países (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), onde foram investigados 7.688 pacientes, sendo 3.733 antes da utilização do *checklist* e 3.955 após o preenchimento do *checklist*, evidenciou redução de 36% nas complicações cirúrgicas, 47% na taxa de mortalidade, 50% nas taxas de infecção e 25% na necessidade de nova intervenção cirúrgica. Concluiu-se, portanto, que o uso

do *checklist* praticamente dobrou a chance de os pacientes serem submetidos a tratamento cirúrgico com padrões seguros de cuidados.¹⁰

Assim, esta ferramenta melhora a segurança do paciente e a comunicação interdisciplinar, o que, por conseguinte, promove a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, enfatizando os procedimentos de segurança atuais, tornando-se sinônimo de melhores práticas em áreas de alto risco.¹¹⁻¹²

Reitera-se que no Brasil, não há estudos que mostrem evidências subjetivas, por meio de estudos mistos, sobre a implementação e adesão ao *checklist*. Entender o processo de adesão a esse protocolo é fundamental pois informa sobre as barreiras bem como as potencialidades para sua utilização efetiva, e traz subsídios para os ajustes necessários, a fim de adequar seu uso e garantir segurança ao paciente, direcionando estratégias para melhor implementação.

É, portanto, um tema de grande relevância, cuja discussão fomenta o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Ademais, possibilita o levantamento de indicadores que contribuirão para melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico, potencializando a redução dos eventos adversos.

Ante ao exposto, e partindo-se do princípio que diagnósticos situacionais contribuem para ações de melhoria de processos, este estudo objetivou analisar os indicadores de processo na implementação do *checklist* de cirurgia segura.

MÉTODO

Estudo misto com estratégia de triangulação concomitante dos dados¹³ realizado em um estabelecimento de saúde de grande porte, público, filantrópico do Centro-Oeste brasileiro, com acreditação nível II. A abordagem quantitativa foi de natureza transversal descritiva e a qualitativa teve caráter descritivo-exploratório.

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados no mês outubro de 2019, em momentos distintos, e depois analisados de forma integrada e comparados para verificar as divergências e/ou convergências dos resultados.

Os dados quantitativos foram compostos por todos os *checklist* de cirurgias realizadas nesse período, disponíveis no prontuário do paciente. A coleta de dados foi realizada por meio da análise documental, retrospectiva, desses. Foram excluídos os *checklists* de procedimentos ambulatoriais, exames diagnósticos e os de procedimentos realizados em sala cirúrgica, mas que não se caracterizaram como procedimentos cirúrgicos.

Estes dados foram registrados em uma planilha contendo variáveis 1) **Profissionais**: sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação, curso de especialização, tempo de atuação em centro cirúrgico e na instituição; 2) Cirúrgicas: identificação do paciente, especialidade e lateralidade da cirurgia, sitio cirúrgico, tipo de anestesia, profissional que executou o *checklist*, cirurgia realizada, porte cirúrgico, tempo de duração da cirurgia, dia da semana e turno em que a cirurgia foi realizada; 3) De execução e verificação dos itens das três etapas da segurança cirúrgica conforme formulário do *checklist* da OMS: indução anestésica; antes da cirurgia; antes da saída do paciente.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, frequências absoluta e relativa. **Cada cirurgia foi considerada uma unidade amostral, ou seja, cada *checklist* representou uma cirurgia,** e a adesão nas três diferentes etapas deste foi apresentada em forma de tabela com as respectivas frequências absolutas e relativas.

A avaliação da taxa de adesão ao *checklist* de cirurgia segura foi calculada por: N° de *checklist* com adesão completa/ N° total de *checklist* aplicados no mês $\times 100$, adotando-se com parâmetro para indicador de qualidade de adesão o referencial de $>70\%$, ao considerar-se todas as etapas do *checklist*^{10,14}

Os dados qualitativos foram obtidos da equipe de enfermagem que atuava no centro cirúrgico (enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos (quando atuam como apoio da sala), responsáveis por conduzir o *checklist* de cirurgias seguras.

A coletados dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, contendo variáveis sociodemográficas, de formação e atuação profissional e por cinco questões norteadoras relacionadas ao preenchimento do *checklist* de cirurgias seguras e as barreiras enfrentadas, na prática cotidiana.

Elencou-se como critérios de inclusão: tempo de atuação em centro cirúrgico igual ou superior a seis meses; participar diretamente do procedimento cirúrgico ou oferecer suporte durante a cirurgia, conduzir o *checklist* e o registro dos dados. Excluíram-se os acadêmicos de enfermagem, enfermeiros em aperfeiçoamento, profissionais que encontram no período de férias ou licenças por qualquer motivo no período da obtenção dos dados, totalizando 24 profissionais de saúde elegíveis para o estudo.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e realizadas face a face, em local privativo e em profundidade, gravadas em arquivo de áudio utilizando aparelho smartphone. Tiveram duração entre cinco e 16 minutos e foram transcritas de imediato, na íntegra, para compor o *corpus* da pesquisa.

Os dados foram submetidos a análise de conteúdo de Bardin¹⁵ e codificados por: nomeação de conceitos – códigos, agrupamento de códigos em categoria; reagrupamento de dados, definição de categorias, subcategorias e identificação de como as categorias se relacionam e definição da categoria central.

A integração dos dados ocorreu na apresentação dos resultados e na discussão, **por meio do mecanismo de conexão**, de forma sequencial mostrando as divergências e/ou congruências que permitiram compreender todo o processo de condução do *checklist* de cirurgias seguras.

O estudo foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa CAAE:59736216.1.0000.0037 e aprovado pelo parecer nº 3.774.716. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e para garantia do anonimato, identificou-se as falas com um código representado pela Letra “E”, seguido do número de ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS

No período estudado foram realizados 672 procedimentos cirúrgicos no mês e destes, 654 dispunham no prontuário, o *checklist* de cirurgia segura, o que representou o preenchimento de 97,3% do total das cirurgias realizadas no mês.

A maioria dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos era do sexo masculino, com idade entre 40 a 59 anos. Um número pequeno de cirurgias foi classificado como de grande porte, a maioria teve duração de aproximadamente 120 minutos, realizadas em dias úteis, nos turnos diurnos, com predominância de cirurgias ortopédicas realizadas em sítios unilaterais e com anestesia combinada. Observa-se que apenas a equipe de enfermagem conduziu o preenchimento do *checklist* de cirurgias seguras. Destaca-se que a maioria é realizada pelos técnicos de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Características das cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico no mês de outubro de 2019. Goiânia, GO, Brasil, 2021. (n= 654)

Variáveis	n	%
Faixa etária dos pacientes operados		
<20 anos	116	17,7
20 – 39 anos	115	17,6
40 – 60 anos	225	34,4
> 60 anos	198	30,3
Sexo do paciente operado		
Feminino	323	49,4
Masculino	331	50,6
Porte da cirurgia		
Pequeno	262	40,0
Médio	263	40,3
Grande	129	19,7
Tempo da cirurgia		
Até 120 min	362	55,4
120 – 240 min	252	38,5
240 – 360 min	35	5,3
Acima 360 min	5	0,8
Dias de realização das cirurgias		
Dias úteis	566	86,5
Sábado	75	11,5
Domingo	13	2,0
Turno de realização das cirurgias		
Matutino	351	53,7
Vespertino	290	44,3
Noturno	13	2,0
Profissional que conduziu o <i>checklist</i>		
Enfermeiro	12	1,8
Técnico de enfermagem	641	98,0
Instrumentador	1	0,2
Tipo de anestesia do procedimento cirúrgico		
Local	10	1,5
Sedação	48	7,3
Regional	132	20,2
Combinada	274	41,9
Geral	190	29,1
Demarcação da lateralidade do sítio cirúrgico		

Direito	213	32,6
Esquerdo	220	33,6
Bilateral	30	4,6
Sem lateralidade	191	29,2
Especialidade cirúrgica		
Ortopédica	445	68,0
Urológica	34	5,2
Otorrinolaringologia	101	15,4
Geral	39	6,0
Plástica	11	1,7
Torácica	5	0,8
Vascular	14	2,1
Odontologia	5	0,8

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Foi encontrada uma taxa de 100% de adesão ao *checklist* de cirurgias seguras, uma vez que que houve em todos os itens do *checklist*, nas três etapas, adesão maior que 70%, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Adesão aos indicadores do *checklist* de cirurgias seguras nas etapas **indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de sair da sala cirúrgica**. Goiânia, GO, Brasil, 2021. (n=654)

Indicadores	n	%
Indução anestésica		
Identificação do paciente	653	99,8
Identificação da cirurgia proposta	650	99,4
Identificação do sítio cirúrgico	640	97,8
Identificação da lateralidade do sítio cirúrgico	643	98,3
Identificação dos termos de consentimentos	646	98,8
Identificação de alergias conhecidas	651	99,5
Identificação de vias aéreas difícil	647	98,9
Identificação de risco de perda sanguínea	651	99,5
Conferencia dos equipamentos	651	99,5
Identificação da segurança anestésica concluída	644	98,5
Antes da incisão cirúrgica		
Identificação do paciente	651	99,5
Identificação da cirurgia proposta	650	99,4
Identificação do sítio cirúrgico	634	96,9
Identificação da lateralidade da cirurgia	649	99,2
Identificação da duração da cirurgia	651	99,5
Identificação de possíveis perdas sanguíneas	642	98,2
Confirmação da reserva de sangue	646	98,8
Confirmação da reserva de UTI	642	98,2
Preocupação específica com o paciente	646	98,8
Confirmação da profilaxia antimicrobiana	636	97,2
Conferência de materiais/implantes e esterilização	638	97,5

Conferência dos equipamentos	642	98,2
Confirmação da colocação da placa de bisturi	626	95,7
Confirmação se os exames de imagens estão disponíveis	637	97,4
Antes de sair da sala cirúrgica		
Identificação do paciente	652	99,7
Contagem de compressas cirúrgicas e/ou gazes	652	99,7
Contagem de instrumentais e/ou agulhas	649	99,2
Identificação da peça cirúrgica ou material para o laboratório	648	99,0
Problema com o equipamento que precisou ser resolvido	648	99,0
Recomendações para a o paciente na RPA ou pós-operatório	645	98,6
Identificação do destino final do paciente	643	98,3

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Dos 24 profissionais da equipe de enfermagem, quatro eram enfermeiros, dois instrumentadores cirúrgicos e dezoito técnicos de enfermagem, responsáveis pela condução do *Checklist* de cirurgia segura. A maioria dos profissionais era do sexo feminino 22 (91,7%). As idades variaram de 27 a 56 anos, o tempo de atuação no Centro Cirúrgico foi de oito meses a 11 anos e o tempo de formação variou de quatro a 19 anos.

Todos os profissionais demonstraram interesse em participar das entrevistas, desenvolveram um diálogo harmonioso sem constrangimentos e desconfortos. Apresentaram conhecimento do *checklist* de cirurgias seguras e o reconhecimento da sua importância como um instrumento para a segurança do paciente e da equipe, destacando como potencialidades:

... é um documento claro, coeso, que não traz tantas dificuldades, nem para o enfermeiro e nem para o técnico de enfermagem que atua como circulante de sala, as perguntas são claras, objetivas (E1).

Eu acho que, a melhor coisa assim nos últimos tempos que aconteceu no centro cirúrgico foi o checklist de cirurgia segura(E13).

... é muito importante, porque é uma barreira, evita de fazer cirurgia errada, paciente errado, são várias etapas, então é quase 100%, a gente não pode falar que é, 100% porque às vezes você tem uma margem de erro uma hora ou outra (E10).

... faz com que a gente garanta que é aquele paciente, que é aquele procedimento, que é aquela lateralidade que vai ser realizada, então foi assim de suma importância mesmo a criação desse checklist para nós (E22)

...o checklist ele é importante, na segurança do paciente tanto para equipe quanto para o próprio paciente, que é onde.....fala o lado certo, fala as medicações que ele tem alergia, então assim, é total segurança! Para evitar erros e danos para o paciente (E7).

Os profissionais responsáveis pela execução do *checklist*, além da consciência da sua importância, tem internalizado a sua responsabilidade

nesse protocolo de segurança e expressam a sua preocupação em não apenas marcar, mas realmente executar o *checklist* como preconizado:

Sim eu percebo por parte da equipe de enfermagem também no sentido de entender que cada checagem, ela precisa ser não só verificada verbalmente, mas verificada ali visualmente se aquilo está correto (E1).

... porque o anestesista já pode estar anestesiando, o cirurgião pode estar abrindo o paciente, então isso não pode acontecer no checklist de cirurgia

segura, devemos estar sempre revendo isso, para isso não acontecer de marcar o checklist e não fazer verbalmente (E9).

... não é só realizar a sua etapa, é fazer a sua etapa e conferindo se as outras etapas estão ok, se a gente encontra algum erro a gente barra o paciente até que esse erro seja corrigido (E21).

Por outro lado, apesar de ressaltarem a importância da conferência não apenas verbal, mas observacional, os profissionais apontam barreiras que cerceiam a implantação do *checklist*, tais como a autoconfiança em sua execução, o que leva ao registro, apenas pela observação, demonstrando a responsabilidade somente de quem está checando, sem o envolvimento da equipe multiprofissional, em garantir o seu preenchimento completo, ainda que de forma inadequada

... às vezes passa do momento de fazer verbalmente, aí você observa e registra. observando tudo que tá acontecendo ali no procedimento, a gente faz sim. Já aconteceu, mas como a gente tá ali atenta a tudo aí eu faço tudinho, preencho tudo direitinho (E18).

*... então, o correto é explicar para ele entender que o **checklist tem que ser executado e não marcado** por que se a gente for olhar o checklist por marcação nós vamos ter uma porcentagem 100% mas executado nós não vamos ter esse 100% (E9).*

Apesar da alta taxa de adesão ao *checklist* de cirurgia segura verificada, os condutores deste protocolo, ouvidos na entrevista, mostraram divergências sobre a sua fidedignidade, expressas em barreiras e desafios para o seu registro, nas três etapas da sua verificação.

Barreiras para a condução do *checklist*:

Antes da indução anestésica

As principais barreiras, expressas pelos entrevistados, nesta etapa foram: falha no preenchimento do *checklist* de cirurgia segura, falta de treinamento da equipe, as dificuldades de relacionamento pela hierarquia, o

barulho devido a conversas paralelas, a pouca atenção ao tempo de pausa e o descrédito no *checklist*.

E as vezes, ... o anestesista avança pra indução (anestésica) e o circulante que as vezes chegou no serviço há pouco, ele acaba tendo alguma dificuldade de estabelecer um relacionamento com a equipe (E1)

...quando eu vou fazer o checklist com o anestesista a equipe de instrumentação já tá em sala, então geralmente eles estão conversando, não fazem silêncio, quando eu vou fazer (checklist) com o cirurgião geralmente a equipe de anestesia está em sala e tá conversando e não fazem silêncio, é como se... eu já respondi a minha parte então não preciso prestar atenção nessa. ... acham que não estão envolvidos na outra parte, então não precisa prestar atenção (E8).

É o médico em si, respeitar o tempo. Ele esperar o tempo certo, não iniciar o procedimento antes de executar o checklist... as vezes chega a parte do anestesista e ele (anestesista) não tá lá na sala para responder... não fingir que fez, por que isso vai respaldar a equipe em si, circulante, tudo (E7).

... a gente precisa de ter um ambiente sonoro, vozes mais baixas, muita vezes o pessoal está entrando, saindo, médico chega, comunica alguma coisa, mas o checklist é feito, então assim, aquele time out que é aquele tempo, ele não é tão efetivo como deveria ser. ... a gente tem que as vezes, "equipe vamos parar, agora é checklist" para o pessoal escutar (E9).

Tem alguns anestesista que a gente diz "vamos logo fazer o checklist", porque tem de fazer antes da anestesia, aí eles dizem: "o que importa é o paciente aqui, não é o papel não"(E18).

Antes da incisão cirúrgica

As barreiras relatadas nesta etapa estão relacionadas a: falta de autonomia do condutor de *checklist*, desrespeito e falta de comprometimento da equipe, conversas, ironia, o porte da cirurgia e ainda, sobrecarga de funções do circulante responsável pelo *checklist*

...geralmente a equipe tá conversando muito e na hora que a gente vai fazer o checklist eles não escutam para poder responder e também dependendo do jeito que respondem não dá para ouvir devido a conversas paralelas. a resistência dos médicos e porque no início eles conversavam muito (E2).

O difícil é a atenção deles por que se todo mundo ficar em silêncio facilita meu checklist... também a postura de quem tá aplicando o checklist, se a pessoa tem uma segurança e pedir total atenção, a forma como ela se comporta, de segurar o checklist voltado para a equipe, eu acho que faz eles respeitar e responder com mais segurança e dedicação (E7).

... eu acho que é mesmo conversa em sala, só isso, só manter a ordem, não é que seja bagunçado, mas assim, eles ficam meio dispersos, tem hora que a gente tem que dar o grito, tipo "oh, vamos fazer o checklist, ou a gente não começa e não abre isso" (E10).

... o médico as vezes ignorar a gente na sala, a gente fala "vamos fazer o checklist", não ouve. Eles não prestam atenção e fingem que não é com eles. E quando é aquele médico, que a gente sabe que ele é meio grosseiro, eu sinto dificuldade de falar (E15).

... eles chegam na sala ansiosos para operar e fazem o checklist de qualquer forma. As vezes não respondem as perguntas de maneira adequada, isso eu considero um desafio, é o envolvimento do cirurgião na etapa da incisão cirúrgica (E21).

Então as vezes ele (médico) fala, meu procedimento é tão rápido pra que que eu vou checar, não tem erro aqui (E1)

...quando as cirurgias são muito rápidas, as vezes cinco, dez, quinze minutos, a (etapa) anestésica dá tempo...só que a (etapa) antes da incisão, com o médico, às vezes não dá esse prazo, porque ele é muito rápido e... você perde... (E19).

...os principais desafios...são em algumas perguntas que eles brincam na hora do checklist, ... querem colocar uma dificuldade para responder ... igual...se o paciente tem via aérea difícil, e... se vai ter sangramento, eles começam falar, "a uma gota" é.... Eles ironizam, não levam a sério (E23).

...o desafio é o tempo, porque às vezes a gente tem que fazer dois serviços ao mesmo tempo. ... no momento você tem que circular, preparar a mesa, ou observar alguma coisa, abrir material, montar e aí são coisas muito rápidas, e tem que estar ao mesmo tempo lá dando assistência e correr para fazer o checklist, preencher (E6).

...na execução, eu acho que poderia ter mais autonomia, ter proximidade da equipe, do médico mesmo, parar a cada momento, dispor de um equipamento, dispor de um material para que eles (circulante) se empoderem para chegar próximo da equipe, para fazer a execução (E22).

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

A última etapa foi considerada pelos entrevistados como a de maior dificuldade para a condução do *checklist* de cirurgia segura. Relataram como barreiras:pressa do cirurgião, não conseguir a pausa para a checagem dessa etapa, não serem avisados do momento de fechar a cavidade, não valorização da importância dessa etapa, brincadeiras e ironias e acúmulo de atividades na hora do *checklist*.

... no final da cirurgia, doutor quantas compressas? Doutor tem 18 compressas e ele já fechou a cirurgia ... tem que ser no tempo certo. Fazer a pausa para depois continuar a etapa. Não adianta eu fazer a contagem de agulha depois que fechar o paciente, que isso aí eu vou marcar por marcar, eu não vou ter uma segurança do que realmente foi feito naquela parte, no tempo certo (E7).

..a gente pergunta já fez a contagem da compressa? já fez a contagem de agulha?” aí eles estão ali despercebidos e tal, a gente tenta insistir, mas eu vejo dificuldade mais na etapa final só (E4).

... quando você fala vamos fazer o checklist final, “uai, mas tem checklist final? nunca teve uai, agora tem isso?” Ironizando, então aquilo ali, parece que a gente tá...é muito ruim para a gente, então essa é a dificuldade que eu tenho (E15).

... a última etapa do checklist, já finalizou e você não viu ele finalizando... quando você vê ele (cirurgião) já saiu do campo... (E19).

Principalmente se for uma cirurgia de porte pequeno, que é muito rápido, quando você percebe, ele (cirurgião) já terminou, tá fazendo o curativo, aí você esquece de fazer o checklist. Mas não fica sem preencher (E16).

...a minha dificuldade maior é no final mesmo que geralmente o cirurgião já saiu de campo, o anestesista não fica para responder a última pergunta em sala. Aí executa ele depois que já fechou o paciente (E8).

... se tivesse alguém para contar os instrumentais antes da cirurgia terminar, porque a maior falha que eu vejo é nisso entendeu. Não adianta você contar os instrumentais depois que a cirurgia acabou, mas não tem alguém lá que possa fazer isso antes do procedimento acabar...o único momento que eu sinto dificuldade é a parte final dele (E3).

...é a final, por que as vezes a gente tá envolvida com algum protocolo que a gente tem que fazer e de repente você se dispersa, enfim, o médico sai ...mesmo assim eu faço, por que eu acho que a última é a mais, não digamos chata, mas é a mais...que tem mais dificuldade de ser feita (E10).

... já é o final da cirurgia, está bem mais corrido, que já está na mudança de sala, limpeza, tudo correria, a última que fica assim, faltando alguma pergunta ou também pode ser que o médico já tenha saído, não tenha se atentado a última etapa, da conclusão do checklist (E14).

...às vezes acontece de eu estar fazendo alguma coisa, e não preencher o formulário, mas como eu já sei decorado o checklist eu pergunto e depois eu vou lá e marco (E23).

...tem que fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo...aplica o checklist já sabendo de cor os tópicos, vai perguntando depois que marca, é porque dependendo da cirurgia, é muita coisa ao mesmo tempo, aí até você parar e pegar a folha, você perde algum momento da cirurgia ali, se você não tiver alguém para dar suporte... faz as perguntas do checklist sem estar com o impresso na mão para ganhar tempo... vai lá marca para ganhar tempo e não ficar sem fazer (E6)

Verificaram-se, portanto,divergências entre o processo e resultado da implementação do *checklist*, preditoras de eventos adversos durante o procedimento cirúrgico, considerados evitáveis,contrapondo-se aos pressupostos da segurança do paciente.

DISCUSSÃO

O *checklist* estava presente na maioria dos prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia, uma evidência da sua implementação no serviço, e a sua análise mostrou uma taxa de 100% de adesão em todos os indicadores das três etapas que compõem o instrumento.

Entretanto, ao dar voz aos responsáveis pela condução do *checklist*, percebemos que apesar da adesão a esse instrumento, necessário para a segurança cirúrgica, sua condução não tem garantido essa segurança.

A análise dos dados permitiu verificar adivergência entre os dados quantitativos com alta adesão e os qualitativos que mostram que essa adesão é inconsistente. A checagem que deveria ser feita, imediatamente antes de cada etapa, para prevenir erros, tem sido realizada em momentos e de formas diferente do preconizado pelo protocolo da OMS.⁷

Embora os profissionais de enfermagem, condutores do *checklist*, demonstrassem saber da sua importância para a segurança do paciente e equipe bem comode sua responsabilidade em fazer todos os registros, e apontassem como potencialidades o fato de ser um instrumento simples, de fácil aplicabilidade, coeso, capaz de promover a segurança do paciente cirúrgico, isso não foi suficiente para uma condução adequada do *checklist*.

Relataram, assim, muitas barreiras para a correta condução do *checklist*, deixando claro que devido às dificuldades, na maioria das vezes, ocorrem registros sem a devida conferência. Os indicadores deste *checklist*, que deveriam fornecer um *feedback* de processo para as equipes cirúrgicas acerca da sua efetividade na redução de complicações, pela evidência local do seu impacto,⁶ não tem cumprido esse papel.

A maior barreira encontrada foi conseguir a autonomia na condução do protocolo, conduzido pela equipe de enfermagem, em um cenário no qual o responsável pela condução do ato cirúrgico é o médico. Especialmente, devido aos entraves gerados pela hegemonia médica na equipe, que interfere nessa autonomia dos profissionais de enfermagem na condução do *checklist* de cirurgia.¹⁶⁻¹⁷

Neste estudo, essa autonomia é permeada pela pouca importância que a equipe cirúrgica confere ao protocolo e às suas etapas. Assim como em outro

estudo, às vezes não responde às perguntas, ou responde de forma jocosa e com ironias, além do barulho pelo excesso de conversas na sala.¹⁸⁻¹⁹

A condução do *checklist* durante as cirurgias recebe interferência de atitudes negativas como insegurança, resistência profissional a mudanças de rotina, ausência de auto disciplina e atenção, não aceitação do protocolo, falta de trabalho em equipe e de coordenação no ato da aplicação do *checklist*.¹¹ Todos estes fatores comprometem o processo de segurança cirúrgica.

A persistência dessas atitudes negativas denota a ausência de uma cultura organizacional e aponta para a necessidade da implantação de uma cultura de aprendizagem com comprometimento da liderança institucional, respeito ao trabalho em equipe, comunicação horizontal, respeito ao protocolo e coesão da equipe.^{16-17,20-21} Esse aprendizador requer mudanças sistêmicas e, de comportamentos individuais e coletivos enquanto equipe cirúrgica.

A equipe deve ser coesa e ter o mesmo propósito que é garantir a segurança do paciente cirúrgico. Esta coesão está relacionada a fatores individuais, de atitudes e abordagens pessoais; processuais, com a equipe focada em todas as etapas da aplicação do *checklist*; e os contextuais relacionado ao ambiente e ao trabalho em equipe.¹¹

O trabalho da equipe cirúrgica deve estar afinado como em uma orquestra. O resultado da sinfonia perfeita não depende apenas do maestro, mas do primeiro violino que tem um papel fundamental, pois é o responsável pela afinação da orquestra, e de cada músico em atender a sua solicitação. A etapa da afinação precede ao concerto e o maestro, paciente e respeitosamente, só ergue a sua batuta após o sinal positivo do primeiro violino de que está tudo ajustado. Esse ritual deve ser observado pela equipe cirúrgica antes de iniciar cada uma das etapas, respeitando o tempo de pausa para cada checagem e aguardando a confirmação de que tudo está correto, antes de prosseguir.⁷

O condutor do *checklist*, que neste estudo e em outros^{18-19,20,22} é um profissional da equipe de enfermagem, faz o papel do primeiro violino e, para exercer essa função, precisa de competência e autonomia, silêncio e organização, respeito e responsabilidade compartilhada de toda a equipe,^{7,19,23} para checar todos os indicadores de cada etapa, e assim diminuir

as situações indesejadas²⁴ com redução das taxas de mortalidade pós-operatória.²⁵

Essa condução compartilhada deve ocorrer em todas as etapas de verificação, do *checklist* de cirurgia segura, mas em todas elas houve falhas, especialmente na última etapa do procedimento cirúrgico que compreende o fechamento da incisão até a saída do paciente da sala cirúrgica, assim como ocorreu em outros estudos.^{22, 26}

Apesar da última etapa representar um momento crítico de conferências importantes, e de responsabilidade de toda a equipe^{2,9} para evitar erros, tem sido menosprezada pela equipe cirúrgica assim como evidenciado em outros estudos¹, por entenderem que o procedimento já ocorreu e, de forma exitosa.

Envolvidos com as outras atividades que acumulam nesse processo cirúrgico, e pressionados pela equipe cirúrgica²⁷ os responsáveis pela condução do *checklist*, deixam claro que fazem os registros, mesmo sem a devida checagem. Essa checagem, não garante a segurança do paciente e evidencia uma fragilidade nesta etapa e na transição do cuidado para a outra unidade.²⁸ A sobrecarga de trabalho, falta de tempo, o incorreto dimensionamento de profissionais de enfermagem para a sala cirúrgica e a falta de interação entre a equipe tem sido apontada como impedimentos para a observação desse protocolo de assistência ao paciente cirúrgico e potencializa inúmeros riscos aos pacientes cirúrgicos.^{18,29}

Uma análise minuciosa deve ser feita, pela equipe de segurança, no sentido de ajustar os instrumentos de checagem aos diferentes tipos de cirurgias, especialmente as de pequeno porte e duração, nas quais as etapas são muito próximas e rápidas, que tem dificultado o acompanhamento para a solicitação das pausas. Normalmente, há uma melhor adesão em cirurgias longas e de modalidade eletivas pela maior facilidade na aplicação do *checklist*.^{2,26}

Ou seja, frente as peculiaridades inerentes a cada localidade, é necessário que as abordagens para a segurança do paciente cirúrgico sejam adaptadas às necessidades do ambiente e da especificidade no local, circunstâncias que devem ser consideradas para haver um resultado eficaz³⁰.

Outrossim, é premente que haja capacitações com os profissionais envolvidos na assistência perioperatória, no intuito de sensibilizá-los acerca da

efetividade do *checklist* na prevenção de eventos adversos cirúrgicos e emponderá-los, sobretudo a equipe de enfermagem, haja vista que tal empoderamento, demonstrado pelo reconhecimento da necessidade de conferência de todos os itens, incrementa a completude do *checklist*^{6,31}.

Consideramos que, embora o *checklist* tenha sido implantado no estabelecimento em estudo, e apresente alta taxa de adesão, ele não tem cumprido a sua finalidade em prevenir erros e eventos adversos e mostra que não há uma cultura instituída de segurança do paciente.

Verificou-se, portanto, a discrepância dos resultados referentes ao processo e o resultado na implementação do *checklist* de cirurgia segura. As dimensões relacionais e operacionais identificadas apontam para necessidade de avanços no estabelecimento da cultura de segurança do paciente neste contexto.

Esta discrepância só foi possível ser descrita neste estudo por meio do emprego de métodos mistos que contribuíram para complementar o que a taxa evidencia, mas não representa. Este fato aponta a necessidade de que incorporar diferentes métodos para avaliação de resultado e processo simultaneamente.

Apesar das limitações do estudo, por ser realizado na realidade regional de um hospital, apenas com a equipe de enfermagem, e com dados secundários para observação do preenchimento do *checklist*, os resultados alertam para a inconsistência na adesão ao *checklist* de cirurgias seguras e apresentam as principais barreiras para o enfrentamento desse problema, que poderão direcionar para estratégias de melhoria da aplicação desse instrumento e da qualidade das cirurgias.

CONCLUSÃO

A divergência, evidenciada nos resultados dos indicadores de processo para a segurança do paciente cirúrgico, aponta para as lacunas assistenciais que devem ser replanejadas para garantir a segurança nas cirurgias.

A taxa de adesão ao *checklist* de cirurgias seguras foi de 100%, sendo os técnicos em enfermagem os principais responsáveis pela sua implementação. Mas, na maioria das vezes, por inúmeras barreiras, os

registros são feitos sem a devida checagem o que não confere segurança para a cirurgia.

Neste estudo ficou evidente que é necessário o fortalecimento da cultura organizacional de segurança e consolidação dos processos de qualidade, com coerência na condução do *checklist* e na taxa de adesão do protocolo de cirurgia segura.

Os resultados apontam para a necessidade de revisão do *checklist* de cirurgia segura, educação permanente para o trabalho em equipe, **com empoderamento dos profissionais envolvidos na assistência**, comunicação horizontal e compartilhamento de responsabilidades direcionados ao fortalecimento da cultura de segurança.

REFERÊNCIAS

1. Costa-Rinaldi L, Duran-Matilde J, Aparecida-Prata R, Belluomini-Castro A, Garcia-de-Avila M. Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. **Revista SOBECC** [Internet]. 2019 [citado em 2020 Nov 25]; 24(4): 185-192. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/525>
2. Ribeiro L, Fernandes GC, Souza EG, Souto LC, Santos ASP, Bastos RR. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Rev. Col. Bras. Cir.** [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 25]; 46(5): e20192311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010069912019000500157&lng=en.
3. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimative of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. **Lancet.** 2015;385 Suppl 2:S11.
4. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI [Editorial]. **Rev Col Bras Cir.** 2009; 36:281-2.
5. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2019 [cited 2021

Apr 10]; 27: e2939. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100354&lng=en.

6. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014[cited 2020 Nov 25]; 30(1): 137-148. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000100137&lng=en.

7. Organização Mundial de Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgia segura salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009. 211p

8. Amaral J, Spiri W, Bocchi S. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC** [Internet]. 2017 [Cited 2021 Abr 10]; 22(1): 42-51. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/117>

9. Soria-Aledo V, Silva ZA, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrilo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. **Cir Esp** 2012; 90:180-5.

10. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **N Engl J Med**. 2009;360(5):491-9

11. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, Davis E, Hoffmann H. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. **Patient safety in surgery**, 2019; 13(1): 1-6.

12. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. 2017; 25:e2907.

13. Creswell JW, Clark VLP. **Designing and conducting mixed methods research**. 2ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

14. Poon SJ. "Metodologia e preconceito na avaliação da conformidade com uma lista de verificação de segurança cirúrgica." **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, 2013; 39(2):77-AP1

15. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.

16. Schwonke CRGB, Lunardi Filho WD, Lunardi GL, Silveira RS, Rodrigues MCS, Guerreiro MO. Safety culture: the perception of intensivists nurses. **Enferm Glob**. 2016;15(1):233-43.

17. Borges-de-Oliveira M, Korb A, Antunes-de-Azambuja-Zocche D, Cabral D, Pertille F, Frigo J. Adesão do checklist cirúrgico à luz da Cultura de segurança do paciente. **Revista SOBECC** [Internet]. 2018 [cited 2021 Abr 14]; 23(1): 36-42. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/393>
18. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cad Saúde Pública**. 2017; 33(10):e00046216.
19. Gomes C, Santos A, Machado M, Treviso P. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico*. **Revista SOBECC** [Internet]. 2016 [cited 2021 Abr 14]; 21(3): 140-145. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/180>
20. Jordão KMD, Queiroz Soares RÂ, Fernandes ITGP, Nascimento A, Ferreira, MZJ, Santos SM. Atuação do enfermeiro nos protocolos de cirurgia segura. **Saúde Coletiva**, 2019; 9(49): 1538-1544.
21. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. **Texto Contexto Enferm**. 2015;24(1):161-9.
22. Jager E, Ronny G, Yik-Hong H. "Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist correlates with reduced surgi-cal mortality and length of hospital admission in a high-income country." **World journal of surgery**. 2019; 43(1):117-124.
23. Mafra C, Rodrigues M. Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online** [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 14]; 10(1): 268-275. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5038>
24. Melekie TB, Getahun GM. Compliance with Surgical Safety Checklist completion in the operating room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. **BMC Res Notes**. 2015; 8:361.
25. Oliveira CS, Oliveira GP, Freitas BC, Figueiredo BM, Macedo, WTP, Silva EDCL. Checklist de cirurgia segura: os desafios da implantação e adesão nas instituições hospitalares brasileiras. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, 2017;5(2): 72-86.
26. Marquioni FSDN, Moreira TR, Diaz FBBDS, Ribeiro L. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao Checklist em hospital de ensino. **Rev. SOBECC**. 2019; 24(1): 22-30.

27. Silva VR, Rocha RC, da Silva MF, de Abreu IM, Mendes PM, Guimarães DBO, Dias SRS, Ferreira M do CS, Avelino FVSD. Desafios na utilização do checklist de cirurgia segura. **REAS**. 2019;11(16):e1472

28. Hemesath MP, Kovalski AV, Echer IC, Lucena AF, Rosa NG. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm**. [Internet]. 2019[cited 2021 Apr 14]; 40(spe): e20180325. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472019000200420&lng=en.

29. Haugen AS, Sevdalis N, Softeland E. Impact of the world health organization surgical safety checklist on patient safety. **Anesthesiology**, 2019;131(2): 420-425.

30. Santana HT, Siqueira HN, Costa MM, Oliveira DC, Gomes SM, Sousa FC, et al. Surgical patientsafety from the perspective of health surveillance: a theoretical reflection. *Vig Sanit Debate* [Internet]. 2014 May [cited 2021 Jun10]; 2(2):34-42. Available from: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate>

31. Carmo TG, Criado JVN, Dias BF. The implementation process of the safe surgery protocolo. *Rev Cubana Enferm* [Internet.] 2017 [cited 2021 Jun.10]; 33(1). Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1028/240>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *checklist* de cirurgia segura preconizado pela Organização Mundial da Saúde, adaptado à realidade de cada instituição de saúde configura-se como ferramenta importante para implementação de barreiras de segurança direcionadas aos pacientes cirúrgicos com o objetivo estratégico de diminuir os eventos adversos nestes espaços.

Sua adesão, todavia, ainda representa um desafio, haja vista ser necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos centros cirúrgicos, para que os profissionais usem essa ferramenta entendendo sua importância e a necessidade de incorporarem-na em sua prática do dia-a-dia.

Isto, prevê o investimento na construção de processos de trabalho, com base em planejamento, estratégias e avaliação que levem a transformação de fato da cultura organizacional. Face aos nossos achados, sugere-se, que sejam adotadas estratégias para sensibilização e empoderamento das equipes de

enfermagem, cirúrgicas e anestésicas, bem como fortalecimento da atuação multiprofissional colaborativa, centrado na obtenção dos melhores desfechos para o paciente, por entender que o uso e adesão ao *checklist* envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe.

Destarte, não basta a certificação do resultado quando o processo não reflete de fato que as ações estão sendo implementadas. E neste caso pressupõe, sobretudo, atividades dos profissionais para garantir a implementação desta importante ferramenta de gestão para cirurgias seguras.

Ficaram evidentes neste estudo as principais barreiras enfrentadas para a condução do *checklist* de cirurgia segura, como: desvalorização do instrumento, falta de autonomia do condutor, falta de treinamento da equipe, desrespeito, ironia e brincadeiras pela equipe cirúrgica, dificuldades de relacionamento pela hierarquia, pressa do cirurgião em concluir o procedimento cirúrgico, barulho devido a conversas paralelas, sobrecarga do circulante.

A adesão ao uso da ferramenta teve diferenças entre as etapas de checagem, sendo menor na última etapa da saída do paciente da sala. Esta etapa foi vista como a mais difícil de operacionalizar, quando comparado às duas primeiras. Dado que cada etapa, em particular, aponta itens de checagem relacionados a potenciais riscos ao paciente cirúrgico, os resultados do estudo inferem que o *checklist* pode não estar produzindo o impacto esperado no sentido de elevar os padrões de segurança e diminuir a ocorrência de Eventos Adversos.

Destacou-se também neste estudo que a equipe enfermagem, em especial o técnico de enfermagem e o condutor ativo do *checklist* de cirurgia segura, e precisa se empoderar desta função.

Sob este prisma, destaca-se a importância da participação efetiva e respostas conscientes de toda a equipe envolvida, buscando fazer do *checklist* uma estratégia de segurança e não apenas a imposição de um protocolo. É preciso, portanto, um fortalecimento na cultura de segurança do paciente e envolvimento da gestão e dedicação de tempo para a formação das equipes cirúrgicas, para salientar a relevância da utilização do instrumento, habilitando os profissionais para o seu uso correto com constantes capacitações e monitoramento da sua efetividade.

As organizações possuem um papel fundamental nesse processo de

adequação e aplicação do *checklist* à realidade da instituição, com vistas a promoção da assistência segura ao paciente cirúrgico. É premente, uma gestão (co)participativa e operativa, direcionada a mudança de paradigmas, a fim de garantir uma análise completa e real do contexto, uma vez que, é neste que se identificam barreiras e fortalezas para a expansão da cultura em segurança, que intervirá no sucesso da implantação, valorização e adesão ao *checklist*.

Quanto às contribuições para área da saúde, enfermagem perioperatória, e saúde pública, as evidências aqui sinalizadas elucidaram aspectos relacionados à adesão ao *checklist* de cirurgia segura, fornecendo subsídios que nortearão a elaboração de estratégias direcionadas ao fortalecimento da cultura de segurança do paciente cirúrgico.

Ainda, poderão contribuir para fortalecer o ensino acadêmico relacionado à segurança do paciente na formação médica e de enfermagem, sensibilizando os futuros profissionais de saúde quanto à relevância das ações de segurança na prática cirúrgica, apresentando-os quais as consequências para o paciente caso haja uma quebra deste protocolo. É importante se pensar em introduzir a tecnologia no cuidado, com implantação de ferramentas que facilitem a aplicabilidade dos protocolos e evite os eventos adversos.

Por fim, reitera-se a necessidade de formação interprofissional, preparo para atuação em equipes integradas, liderança assertiva com foco no protagonismo de todos os envolvidos no processo, olhar direcionado para continuidade do cuidado e recuperação do paciente e não somente no ato operatório em si, a fim de garantir melhorias alicerçadas na cultura de segurança do paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I.M. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev.Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180198, 2019.
- ALMEIDA, R. E; RODRIGUES, M. C. S. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros.**Rev Rene**, Fortaleza, v. 19, p. e32567, 2018.
- ALPENDRE, T. F. *et al.* Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 25, p. e2907, 2017.
- AMARAL, J. A. B; SPIRI, W. C; BOCCHI, S. C. M. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Rev. Sobecc**, v. 22, n. 1, p. 42-51, 2017.
- AMARAL, J. A. B., *et al.* Indicadores de qualidade em centro cirúrgico especializado em dermatologia. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 25, sep. 2020.
- AMAYA, M. R., *et al.* Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Rev.Gaúcha Enferm**, v. 37, n. SPE, 2016.
- ANDERSON, O. *et al.* Surgical adverse events: a systematic review. **Am J Surg**, New York, v. 206, n. 2, p. 253-62, 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 143, p. 32-3, 26 jul 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em: 29 out 2020.
- ARAÚJO, I. S; CARVALHO, R. Eventos adversos graves em pacientes cirúrgicos: ocorrência e desfecho. **Revista SOBEC**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 77-83, 2018.
- BAINES, R. J. *et al.* Is researching adverse events in hospital deaths a good way to describe patient safety in hospitals: a retrospective patient record review study. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 7, p. e007380, 2015.
- BÁO, A. C. P.*et al.* Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **REBEn**, v. 72, n. 2, p. 377-84, 2019.
- BARBOSA, M. T. S. R. *et al.* Indicadores de qualidade na assistência de terapia intravenosa em um hospital universitário: uma contribuição da enfermagem. **J Res Fundam Care Online**, v. 7, n. 2, p. 2277-86, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BASTOS, J. L D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal, **Sci. Med**, v. 17, n. 4, 2013.

- BATISTA, J. *et al.* Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. e2939, 2019.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev Adm Saúde**, n. 10, p. 87-93, 2008.
- BOHOMOL, E; MELO, E. F.de. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 132-138, 2019.
- BOHOMOL, E; TARTALI, J. A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 376-381, 2013.
- CAVALCANTE, P. S., *et al.* Healthcare quality indicators used in hospital nursing care management. **Rev Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 787-794, 2015.
- CHAZAPIS, M. *et al.* Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review. **British Journal of Anaesthesia**, v. 120, n. 1, p. 51-66, 2018.
- CONLEY, D. M., *et al.* Effective surgical safety checklist implementation. **J Am Coll Surg**, v. 212, n. 5, p. 873-9, 2011.
- CORREGGIO, T. C; AMANTE, L. N; BARBOSA, S. F. F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico. **Rev SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014.
- COSTA, D. B. *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. e2670016, 2018.
- CRESWELL, J. W; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.
- DEL CORONA, A. R. P; PENICHE, A. C.G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, 2015.
- DIAS, A. O; MARTINS, E.A.P, HADDAD, M.C.L. Instrumento para avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida em um hospital universitário público. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 5, p. 700-7, 2014.
- DONABEDIAN, A. Avaliação da qualidade da assistência médica. **Milbank Memorial Fund trimestral**, v. 44, p. 166-203, 1991.
- ELIAS, A. C. G. P. *et al.* Avaliação da adesão do checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 128-133, 2015.
- FERREIRA, R. A., *et al.* Fatores intervenientes na implantação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, ago. 2019.

FONSECA, A. S; PETERLINI, F. L; COSTA, D. A. **Segurança do Paciente**. 1 ed. São Paulo, SP: Martinari, 2014.

FREITAS, M. R. *et al.* Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 137-148, 2014.

FREITAS, P. S; MENDES, K. D. S; GALVÃO, C. M. Surgical count process: evidence for patient safety. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. e66877, 2016.

GABRIEL, C. S. *et al.* Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1247-1254, 2011.

GAMA, B. P; BOHOMOL, E. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos?. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 143-150, out. 2020.

GAWANDE, A. **Checklist: como fazer as coisas bem-feitas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2011.

GERMANO, M. I. V. *et al.* A análise da melhoria contínua evidenciada em bloco cirúrgico após implantação de uma gestão embasada em indicadores de resultados. **Revista Qualidade HC**, Ribeirão Preto, p. 152-158, 2016.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GILLESPIE, B. M; MARSHALL, A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. **Implement sci**, v. 10, n. 137, p. 1-14, 2015.

GÖZLÜ, K; KAYA, S. Patient safety culture asp by nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. **Patient Saf Qual Improv**, London, v. 4, n. 4, p. 441-9, 2016.

GUTIERRES, L. S. *et al.* Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2775-2782, 2018.

HALLIGAN, M; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Safety**, London, v. 20, n. 4, p. 338-43, 2011.

HAUGEN, A. S. *et al.* Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. **Ann Surg**, Philadelphia, v. 261, n. 5, p. 821-8, 2015.

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

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000

JAGGER, E; GUNNARSSON, R; HO, Y. H. Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist correlates with reduced surgical mortality and length of hospital admission in a high-income country. **World J Surg**, London, v. 43, n. 1, p. 117-24, 2019.

JANUÁRIO, G. C. *et al.* Quality indicators in a newborn hearing screening service. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 3, p. 255-263, 2015.

JERICÓ, M. C; PERROCA, M. G; PENHA, V. C. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1-8, 2011.

KORB, J. P. *et al.* Conhecimento Sobre Higienização das Mãos na Perspectiva de Profissionais de Enfermagem em um Pronto Atendimento. **Rev. Pesqui. Cuid. Fund.**, Rio de Janeiro, v. 11, n(esp), p. 517-523, 2019.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. 1 ed. Porto Alegre: Atmed, 1999.

LEMOS, G. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, Divinópolis, v. 8, p. e2600, 2018.

LIMA JUNIOR, A. J; GERHARDT, L. M. Desafio global da organização mundial da saúde: redução de danos associados à administração de medicamentos. **Revista Contexto & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 32, p. 1-4, 2017.

LIMA, F. S. S. *et al.* Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Enferm. Glob**, Murcia, v. 13, n. 3, p. 293-325, 2014.

LIMA, K. W. S; ANTUNES, J. L. F; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 61-71, 2015.

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Rev Cuid, Bucaramanga**, v. 8, n. 2, p.1549-1560, 2017.

MACEDO, R. S; BOHOMOL, E. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. e20180264, 2019.

MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, p. 63, 2019.

MANRIQUE, B.T. *et al.* Patient safety in the operating room and documentary quality related to infection and hospitalization. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 355-60, 2015.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M (Orgs). **Fundamentos de metodologia científica**. 8ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2017.

MARQUIONI, F. S. N. *et al.* Cirurgia segura: avaliação da adesão ao *checklist* em hospital de ensino. **Rev SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 22-30, 2019.

MARTINS, F. Z; DALL'AGNOL, C. M. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. e56945, 2016.

MAYER, E. K. *et al.* Surgical Checklist Implementation Project: the Impact of Variable WHO Checklist Compliance on Risk-adjusted Clinical Outcomes After National Implementation: A Longitudinal Study. **Ann Surg**, Philadelphia, v. 263, n. 1, p.58-63, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf Acesso em: 29 out 2020.

_____. _____. _____. Indicadores de Segurança do Paciente – Anestesia e Cirurgia. **Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura**. 2014. Disponível

em:<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Taxa%20de%20ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Lista%20de%20Verifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Cirurgia%20Segura.pdf>. Acesso em: 03/03/2021.

_____. _____. _____. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html#:~:text=Institui%20a%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20seguran%C3%A7a,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=Objetivo-,%20Art.,qualidade%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 20/05/2021.

MOURA, M. L. O; MENDES, W. Assessment of surgical adverse events in Rio de Janeiro hospitals. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

NILSSON, L. *et al.* Preventable Adverse Events in Surgical Care in Sweden: A Nationwide Review of Patient Notes. **Medicine**, Baltimore, v. 95, n. 11, p. e3047, 2016.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Desafios e perspectivas para a contenção da resistência bacteriana na óptica dos profissionais de saúde. **Rev. eletrônica enferm**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 747-754, 2013.

OLIVEIRA, A.C; ABREU, A.R; ALMEIDA, S. S. Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Enferm Foco**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 14-18, 2017.

- OLIVEIRA, R. M. *et al.* Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-9, 2014.
- OLIVEIRA, R. R; FERREIRA, M. A. C; ARRUDA, M. S. V. Análise da prevenção de riscos de acidentes utilizando check list. **Revista GeTeC**, v. 7, n. 16, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: **Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 29 p.
- PAIVA, A. C. R. *et al.* Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório. **Enferm Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 62-80, 2015.
- PANCIERI, A. P. *et al.* Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.
- PANCIERI, A. P; CARVALHO, R; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. **Rev SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2014.
- PARANAGUÁ, T. T. B *et al.* Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. **Enfermería Global**, v. 15, n. 3, p. 228-260, 2016.
- PEREIRA, L. F. M. L; OLIVEIRA, S. A. R; GOMES, G. G. Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, n. 14, p.e242554, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096007> Acesso em: 29 out 2020.
- POON, S. J. *et al.* "Metodologia e preconceito na avaliação da conformidade com uma lista de verificação de segurança cirúrgica." **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 39, n. 2, p: 77-AP1, 2013.
- PORCARI, T. A. *et al.* Cirurgia segura: construção e validação de um checklist para procedimento cirúrgico ambulatorial. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 41, p. e20190321, 2020.
- RIBEIRO, H. C. T. C. *et al.* Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. e00046216, 2017.
- RIBEIRO, H. C. T. C. Global patient safety challenges: breve panorama dos avanços e pesquisas no brasil. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, Divinópolis, v. 7, 2017.
- RIBEIRO, L. *et al.* Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Rev. Col. Bras. Cir**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, e20192311, 2019.

- RINALDI, L. C. *et al.* Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 185-192, 2019.
- ROSSANEIS, M. A. *et al.* Health care quality indicators: the opinion of nursing managers of teaching hospitals. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 790-796, 2015.
- RUIZ, O. G; LÁZARO, J. J. P; LÓPEZ, R. P. Rendimiento y optimización de la herramienta trigger em la detección de eventos adversos em pacientes adultos hospitalizados. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 31, n. 6, p. 453-8, 2017.
- SILVA, E. L. D.; RODRIGUES, F. R. D. A. Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. **Cultura de los Cuidados**, Alicante, v. 20, n. 46, p. 133-145, 2016.
- SIMAN, A. G. *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1504-1511, 2019.
- SANTOS, J. L. G., *et al.* Pesquisa de métodos mistos na américa latina: iniciativas e oportunidades de expansão. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20200101, 2020.
- SANTOS, J. E. M. Checklist. **Jornal português de Gastreenterologia**, v. 18, n. 2, p. 93-94, 2011.
- SANTOS, M. C; RENNÓ, C. S. N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **RaS**, v. 15, n. 58, p. 27-36, 2013.
- SOUSA-PINTO, B. *et al.* Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. **J Med Syst**, New York, v. 42, n. 3, p. 48, 2018.
- SOUZA, R. M., *et al.* Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 4, p. 192-197, 2016.
- TOSTES, M. F. D. P; GALVÃO, C. M. Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, 2019.
- THORNE, S. **Interpretive description: Qualitative research for applied practice**. 2 ed. New York (NY): Routledge, 2016. 336 p.
- VAN DISHOECK, A. M. *et al.* Performance indicators; the association between the quality of preventive care and the prevalence of hospital-acquired skin lesions in adult hospital patients. **Journal of Advanced nursing**, v. 72, n. 11, p. 2818-2830, 2016.
- _____. Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 10, p. 869-874, 2011.
- WATCHER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2013.

WEISER, T. G. *et al.* An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **Lancet**, v. 372, n. 9633, p. 139-44, 2008.

WEISER, T. G. *et al.* Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. **Ann Surg**, Philadelphia, n. 251, p. 976-80, 2010.

WHITE, M.C. *et al.* Implementation and evaluation of Nationwide scale-up of the Surgical Safety Checklist. **Br J Surg**, Bristol, v. 106, n. 2, p. e91-e102, 2019.

WHO- World Health Organization. **Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives: the second global patient safety challenge**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=72CC6373244DEA74629F67F2933B9D72?sequence=1. Acesso em: 29 out 2020

_____. **Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge**. Geneva, Switzerland: WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/> Acesso em: 29 out 2020.

APÊNDICES**APÊNDICE A****PLANILHA PARA COLETA DOS DADOS DO *CHECKLIST* DE CIRURGIAS
SEGURAS**

Variáveis sociodemográficas	
Identidade	
Sexo	
Data de Nascimento	
Variáveis cirúrgicas	
Data	
Dia da semana	
Turno	
Especialidade	
Tipo de cirurgia	
Tipo de Anestesia	
Lateralidade	
Sítio Cirúrgico	
Porte da cirurgia	
Tempo de cirurgia	
Profissional que executa o <i>check list</i>	
Adesão	

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro de entrevista

Entrevista nº: Data: Hora:

I- Características Sociodemográficas:

Identificação:

Sexo:

Data de nascimento:

II- Informação acerca da formação profissional e experiência:

Categoria profissional:

Quanto tempo de formado:

Tem curso de especialização:

Quanto tempo você atua em centro cirúrgico:

Quanto tempo você trabalha nesta instituição:

III- Perguntas:

- 1- Me fale da sua experiência/ prática com preenchimento do checklist de cirurgia segura?
- 2- Quais são os principais desafios encontrados na execução do checklist de cirurgia segura?
- 3- Me fale das dificuldades/barreiras que você encontra na aplicação do checklist de cirurgia segura?
- 4- Me fale das potencialidades/facilidades que você encontra na aplicação do checklist de cirurgia segura?
- 5- O que você considera importante para melhorar o preenchimento do checklist de cirurgia segura?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisasobos**Desafios para a qualidade da adesão ao *checklist* de cirurgia segura: Estudo misto.** Meunomeé Luciene Apolinário de Araújo,soumembrodaequipedepesquisadeste projeto, mestranda em Atenção à Saúde da PUC Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em **caso de dúvida** sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa composta pela mestranda Luciene Apolinário de Araújo oucomoorientadordapesquisaProf.Dr.José Rodrigues do Carmo Filho ou co orientadora Prof.^a Dr.^a Adenícia Custódia Silva e Souza, nos telefones: (62) 99591339/ (62) 3232-3169, (62) 99977 4003 ou por meio dos e-mail luciene_enf@yahoo.com.br; biomedico53@gmail.com; adeniciafen@gmail.com. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PontifíciaUniversidadeCatólicadeGoiás,localizadonaAvenidaUniversitária,nº106 9,Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Essa pesquisa terá como objetivo em um hospital Estadual de reabilitação em Goiânia Goiás. Os resultados contribuirão para queprofissionaisdesaúdeegestorespercebam quais as fragilidades encontradas na falta de adesão ao *Checklist* da Cirurgia Segura e qual o

impacto da intervenção educativa com a equipe multiprofissional em um centro cirúrgico.

Precisaremos realizar uma entrevista sobre a adesão do *Checklist* de Cirurgia Segura com a equipe multiprofissional de um centro cirúrgico de um hospital Estadual de reabilitação em Goiânia Goiás. Serão levantadas as percepções da equipe multiprofissional frente a adesão do *checklist* da cirurgia segura salvam vidas. Agendaremos a aplicação da entrevista no horário que for melhor para você, durante seu horário de trabalho nas salas de entrevistas da instituição hospitalar e/ou em um local privativo (sala de reuniões) que você escolher. Caso você autorize, as gravações serão anônimas e não terão exposição das opiniões contidas no mesmo. No entanto, se você não concordar com a participação não sofrerá nenhuma consequência ou penalizações. Caso necessite, retornarei com o seu consentimento para avaliar o impacto das ações educativas,

Você é livre para não participar da entrevista ou interrompê-la a qualquer momento, caso não se sinta à vontade para dar continuidade. Seu nome não constará na entrevista, apenas terá dados da especialidade profissional para a identificação da área de atuação. Os riscos de sua participação são mínimos e estão relacionados à origem psicológica, intelectual ou emocional pela possibilidade de constrangimento ao participar da entrevista, desconforto, cansaço ao responder às perguntas e reações emocionais, como estresse, inibição, vergonha, receio, impaciência relacionada ao processo de coleta de dados, o sofrimento em recordar situações vivenciadas em seu trabalho. Se isso acontecer, imediatamente, você poderá interromper as falas a qualquer momento.

Você poderá retirar o seu consentimento, mesmo após o início do estudo, sem sofrer prejuízos nas suas atividades profissionais na instituição em estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados serão publicados em revistas científicas e apresentados em congressos e eventos da área da saúde. Todos os materiais coletados serão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e depois incinerado. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira por sua

participação na pesquisa. Caso tenha algum gasto relacionado ao projeto este será ressarcido

pelos pesquisadores. Caso você tenha algum dano, em decorrência da sua participação, você será devidamente indenizado (a), conforme determina a lei.

O pesquisador responsável e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios, devido sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____,
 abaixo assinado, discuto com a pesquisadora Luciene Apolinário de Araújo, mestra em Atenção em Saúde, sobre a minha decisão de participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho neste serviço.

Goiânia, de _____, de 2019.

____/____/____

Assinaturadoparticipante

Data

____/____/____


Assinaturadapesquisadora

Data

ANEXOS

ANEXO 1

Checklist (Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica) da Organização Mundial da Saúde

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA CONHECIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</p> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</p>	CONFIRMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</p> <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA 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>	REGISTRO <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <p><input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura</p>
<p>ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.</p>		

ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ENFOQUE NA FORMAÇÃO E NO CUIDADO

Pesquisador: Adenícia Custódia Silva e Souza

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 59736216.1.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.774.716

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda.

Redação dos pesquisadores:

"Justificativa da Emenda: A solicitação de emenda para este projeto deve-se a inclusão de três co-participantes: Hospital Santa Helena, Vila São José Bento Cottolengo e Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo, conforme declaração de co-participantes em anexo. Não houve alteração dos objetivos propostos e no método foram incluídos dois instrumentos para a coleta de dados, já validados no Brasil para avaliação da cultura de segurança institucional."

Foram inseridos 12 novos pesquisadores no protocolo de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Redação dos pesquisadores:

"Objetivo Primário:

- Caracterizar a cultura de segurança do paciente e a adesão às medidas de segurança desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde.
- Avaliar o ensino da segurança do paciente nos cursos da área da saúde

Objetivos Secundários:

- Identificar as medidas adotadas pelos Serviços de Saúde para a prevenção de Úlceras por

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 3.774.716

Pressão.

- Verificar como ocorre a utilização do check list preconizado para a realização de Cirurgias Seguras.
- Identificar a adesão dos diferentes profissionais da equipe de saúde à higiene das mãos.
- Descrever a estrutura dos serviços de saúde e a sua interferência na segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos.
- Descrever as medidas adotadas pelos Serviços de Saúde para a prevenção de quedas.
- Identificar as medidas adotadas para a identificação do paciente que contribua para a redução de danos durante o atendimento hospitalar e ambulatorial.
- Verificar a inserção da temática de segurança do paciente nos currículos dos cursos na área da saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Redação dos pesquisadores:

"Riscos:

Os riscos estão associados a possível constrangimento ao perceber a baixa adesão a essas medidas. Para minimizar esses riscos os participantes serão esclarecidos sobre o estudo em local reservado para garantir a sua privacidade e anonimato, e se mesmo assim continuar o constrangimento, terão a garantia de não participação no estudo.

Benefícios:

Os benefícios diretos da participação estão relacionados à conscientização sobre a importância da adesão a medidas de segurança do paciente e os indiretos, pela disponibilização de dados que poderão contribuir para a melhoria do ensino e da qualidade da assistência."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma Emenda, referente a inclusão de três co-participantes (Hospital Santa Helena, Vila São José Bento Cottolengo e Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo); dois instrumentos para a coleta de dados; e 12 novos pesquisadores no protocolo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: Av. Universitária, 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 3.774.716

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1424847_E2.pdf	08/12/2019 12:44:40		Aceito
Outros	Instrumento_HOSPSC.pdf	08/12/2019 12:35:36	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Vila_Sao_Cotolengo_Corrigido.docx	08/12/2019 12:31:39	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HSH_corrigido.docx	08/12/2019 12:29:13	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CRER_corrigido.docx	08/12/2019 12:25:02	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	Instrumento_SAQ.pdf	08/12/2019 12:22:49	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

Endereço: Av. Universitária, 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 3.774.716

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoanuencia_santahelena.jpeg	08/12/2019 12:12:16	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoanuencia_CRER.jpeg	08/12/2019 12:12:08	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoprontuario_santahelena.jpeg	08/12/2019 12:11:44	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	questionarioprofissiografico.docx	12/11/2019 14:31:59	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_com_alteracoes.pdf	01/10/2019 15:47:40	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoanuenciaVilaSaoCotolengo.jpg	01/10/2019 15:44:57	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Cronograma	NOVOCRONOGRAMA.pdf	01/10/2019 15:30:13	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	MoniqueCelestinodeJesus.pdf	01/10/2019 15:28:54	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	MaisaVilelaMartins.pdf	01/10/2019 15:28:38	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	RaulDiegodeSousaPereira.pdf	01/10/2019 15:28:13	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	LidianeCastroFigueiredo.pdf	01/10/2019 15:27:47	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	JoyceBenchimolFonseca.pdf	01/10/2019 15:27:34	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	BeatrizBarbosaDias.pdf	01/10/2019 15:27:14	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	SergianeBisinoAlves.pdf	01/10/2019 15:26:54	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	PalmeriAlencarBandeira.pdf	01/10/2019 15:26:30	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	MichellyPereiraCavalcante.pdf	01/10/2019 15:26:06	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	LucieneApolinariodeAraujo.pdf	01/10/2019 15:25:39	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	KateWinsletSiqueiradosSantos.pdf	01/10/2019 15:25:05	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CeciliaMariaBarbosadeSousa.pdf	01/10/2019 15:24:48	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	Jose_RodriguesCF.pdf	01/10/2019 15:23:59	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetoemenda.pdf	22/12/2017 11:15:10	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 3.774.716

Investigador	projetoemenda.pdf	22/12/2017 11:15:10	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipantesms.pdf	22/12/2017 10:59:44	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CurrFrancilisi.pdf	22/12/2017 10:03:25	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	ING.pdf	05/10/2016 21:39:23	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	aparecida.pdf	05/10/2016 21:38:40	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	05/10/2016 21:34:31	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	TCLE2.pdf	05/10/2016 21:24:22	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2016 21:20:51	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curvanessa.pdf	02/09/2016 17:44:02	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curMilca.pdf	02/09/2016 17:11:29	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curadenicia.pdf	02/09/2016 17:06:33	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/09/2016 17:04:07	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CurElisangela.pdf	02/09/2016 16:47:38	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	CurAglaid.pdf	02/09/2016 16:46:32	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curClarice.pdf	02/09/2016 16:45:56	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curMonique.pdf	02/09/2016 16:45:15	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Outros	curEdmila.pdf	02/09/2016 16:44:47	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipantes.pdf	02/09/2016 16:32:39	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/09/2016 16:22:15	Adenícia Custódia Silva e Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Universitária, 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 3.774.716

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 16 de Dezembro de 2019

Assinado por:
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

ANEXO 3

NORMAS E INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS DA REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

1) Página de Título ([Modelo 1](#))

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do [ORCID](#), afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

Origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Agradecimentos: incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#) nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

Conflito de interesses: relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

2) Manuscrito (Documento principal) ([Modelo 2](#))

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito

- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos e as revisões sistemáticas devem apresentar o número de registro do respectivo do protocolo ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

Descritores: abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

Tabelas: devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- o título dos resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹²

Quadros: devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras: não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto

Citações indiretas: deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações diretas (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

Verbatims: as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria

deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com [List of Journals Indexed in Index Medicus](#) e [International Nursing Index](#).

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

Literatura cinzenta: devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.