



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA
AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE
NA AMAZÔNIA**

MARIA ALVES BELÉM

***CHECKLIST* DE “CIRURGIA SEGURA” DA OMS: Uma avaliação e
adaptação pela equipe de profissionais nas cirurgias pediátricas**

**BELÉM
2016**

MARIA ALVES BELÉM

***CHECKLIST DE “CIRURGIA SEGURA” DA OMS: Uma avaliação e
adaptação pela equipe de profissionais nas cirurgias pediátricas***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia - Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Serviços de Saúde na Amazônia como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Saúde, sob orientação da Prof^a. Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy.

**BELÉM
2016**

MARIA ALVES BELÉM

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM GESTÃO E SAÚDE

Aprovado (a) em 28/03/2016, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-graduação em Gestão e Saúde na Amazônia do Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde/FSCMP.

Área de Concentração: Saúde e Ciências Biológicas- Linha de Pesquisa: Gestão, Planejamento e Serviços em Saúde.

Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima

Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão e Serviços em Saúde/FSCMP

Banca Examinadora:

Profª Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy
Orientadora

Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima
1ºMembro (Titular)

Dra. Ingrid Magaly de Souza Pimentel
2º Membro (Titular)

Dra. Lizomar de Jesus Maúes P. Moia
3ºMembro (Titular)

Dra. Irna Carla do Rosário Souza Carneiro
Suplente

DEDICATÓRIA

Á família, meu esposo e minhas filhas que são
o alicerce de minha vida.
Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, grandioso pai, que sempre iluminou meu caminho nesta jornada.

Aos meus pais pelo dom da minha vida e pelos primeiros ensinamentos.

Às minhas adoráveis filhas, Alice e Amanda por estarem transmitindo através da alegria inocente de crianças a força que precisava nesta caminhada.

Ao meu esposo Marcos Albuquerque pelo apoio e confiança durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus sogros pelo carinho e torcida na conclusão desta jornada.

À minha orientadora Prof^a Dra. Maria Elizabete de Castro Rassy pela paciência e atenção com que ajudou - me a conduzir e percorrer o caminho do saber que envolve a pesquisa.

À equipe de profissionais do centro cirúrgico da FSCMP em especial aos participantes desta pesquisa: cirurgiões pediátricos, anesthesiologistas e residentes destas especialidades, aos enfermeiros e técnicos de enfermagem pela disponibilidade e parceria em contribuir com este estudo.

Aos meus colegas de turma deste mestrado pela amizade e trocas de conhecimentos.

À Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) pelo oferecimento de um curso de Mestrado Profissional, disponível aos seus servidores.

*“A tarefa não é tanta ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”*

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

BELÉM, M. A. 2016. **CHECKLIST DE “CIRURGIA SEGURA” DA OMS**: Uma avaliação e adaptação pela equipe de profissionais nas cirurgias pediátricas. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Serviço de Saúde na Amazônia - Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde na Amazônia, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém- PA, 2016.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) institui ações para a promoção da segurança e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, neste plano, existe a determinação de cumprir o Protocolo de Cirurgia Segura utilizando como ferramenta o *checklist de “cirurgia segura da OMS”*, definido como uma Lista de Verificação de padrões de segurança cirúrgica com a finalidade de reduzir a ocorrência de danos ao paciente, porém esta implantação deverá ser sistematizada e com a participação da equipe, estimulando a cultura de segurança. Este estudo teve como objetivo, adaptar o *checklist de “cirurgia segura” da OMS* nas cirurgias pediátricas eletivas, mediante a avaliação da aplicação pela equipe de profissionais. O estudo é do tipo descritivo, exploratório e analítico, com abordagem quantitativa, realizado no centro cirúrgico de um Hospital de Ensino no Estado do Pará. Para a coleta de dados, foi aplicado, após o período da realização das cirurgias, o questionário com perguntas abertas e fechadas, num total de 54 profissionais da equipe cirúrgica. Para organização e análise dos dados, recorreu-se à Estatística Descritiva dos dados e ao Método de Análise de Conteúdo de Bardin. A análise mostrou o perfil dos participantes da pesquisa e os resultados revelaram que os integrantes da equipe cirúrgica reconhecem a eficácia do *checklist*, concordam com sua implementação e acreditam na sua viabilidade, mostrando sensibilidade às questões da segurança do paciente, especialmente por se tratar de paciente pediátrico, visto que traz segurança para a própria equipe, porém ressaltaram a necessidade de treinamentos. Apontaram também possibilidades de alterações relacionadas a itens do *checklist*, de acordo com as suas experiências e rotina voltada à realidade local da assistência cirúrgica. Conclui-se que o produto proposto neste estudo, o qual trata da adaptação do *checklist de “cirurgia segura” da OMS*, é viável na visão dos profissionais de saúde, visto que o mesmo foi moldado frente à realidade da instituição pela equipe de profissionais que participou do processo de construção, o que poderá facilitar sua efetividade. Sugere-se, ainda que o produto possa ser utilizado tanto nas cirurgias pediátricas como em outras especialidades cirúrgicas.

Descritores: segurança do paciente. checklist. procedimento cirúrgico.

ABSTRACT

The National Program Patient Safety (PNSP) establishes actions for the promotion of safety and quality improvement in health services, in this plan, there is a determination to comply with the Safe Surgery protocol using as a tool the checklist of "safe surgery WHO," defined as a surgical safety standards checklist in order to reduce the occurrence of injury to the patient, but this deployment should be systematized and with the participation of staff, stimulating the culture of safety. This study aimed to adapt the checklist of "safe operation" of WHO in elective pediatric surgery, by assessing the application by the professional team. The study is a descriptive, exploratory and analytical type, with quantitative and qualitative approach, performed in the operating room of a teaching hospital in the state of Para. To collect data, was applied after the period of the completion of surgery, the questionnaire with open and closed questions, a total of 54 professionals of the surgical team. To organize and analyze the data, it used will Descriptive Statistics data and the Bardin Content Analysis Method. The analysis of the responses of the members of the surgical team showed that all participants recognize the effectiveness of the checklist, agree with its implementation and believe in its viability, showing sensitivity to patient safety issues, especially in the case of pediatric patients, as it brings security for the team itself, but stressed the need for training. also pointed out possibilities of related changes will checklist items, according to their experiences and routine of the service itself, facing the local reality of surgical care. It is concluded that the product proposed in this study, which deals with the adaptation of the "safe surgery" checklist of WHO, is feasible in health professionals view, since it was cast opposite the reality of the institution by the team of professionals participated in the construction process, which may facilitate its effectiveness. It is suggested, although the product can be used both in the pediatric surgeries as other surgical specialties.

Descriptors: patient safety. check list. surgical procedure.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa por categoria profissional.....	51
Figura 2	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa por tempo de serviço na Instituição.....	52
Figura 3	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa, sobre o conhecimento do checklist, segundo a fonte de informação.....	53
Figura 4	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa segundo o conhecimento sobre o checklist, por categoria profissional.....	54
Figura 5	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa que vivenciaram a experiência de participar do uso do checklist em outras instituições.....	55
Figura 6	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa, segundo a importância atribuída à Implantação do checklist.....	56
Figura 7	Distribuição de profissionais, segundo a viabilidade da implantação do checklist nas cirurgias eletivas pediátricas.....	57
Figura 8	Distribuição de profissionais participantes da pesquisa, segundo a necessidade de adaptação do Checklist nas cirurgias eletivas pediátricas.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CC - Centro Cirúrgico

EA - Efeito Adverso

EUA - Estados Unidos da América
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FSCMP - Fundação Santa Casa Misericórdia do Pará
IBEAS - Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção
IRAS - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS - Ministério da Saúde
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
OMS - Organização Mundial da saúde
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
SESPA - Secretária de Estado de Saúde Pública
SUS - Sistema Único de Saúde
PCSSV - Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas
UR - Unidades de Registro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1.	TEMA EM FOCO.....	12

1.2.	JUSTIFICATIVA.....	15
1.3.	PROBLEMATIZAÇÃO.....	17
1.4.	OBJETIVOS.....	18
1.4.1.	OBJETIVO GERAL.....	19
1.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1.	CIRURGIA.....	20
2.2.	EVENTOS ADVERSOS E ERROS HUMANOS EM CIRURGIAS.....	21
2.3.	DANOS EM CIRURGIAS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	23
2.4.	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	25
2.4.1.	PERSPECTIVAS HISTÓRICAS.....	26
2.5.	OS DESAFIOS GLOBAIS.....	29
2.5.1.	DESAFIO “CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS”.....	290
2.5.2.	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA “O CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA”.....	32
2.5.3.	A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA “O <i>CHECKLIST</i> DE CIRURGIA SEGURA”.....	33
2.5.4.	ADESÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS A LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA.....	34
2.6.	QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	35
2.7.	TRABALHO EM EQUIPE NO AMBIENTE CIRÚRGICO.....	36
2.8.	A CULTURA DE SEGURANÇA.....	37
3	METODOLOGIA.....	41
3.1.	TIPO DE ESTUDO.....	41
3.2.	CENÁRIO.....	41
3.3.	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
3.4.	TÉCNICAS DE COLETA.....	43
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	44

3.6.	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	45
3.7.	PERCURSO ANALÍTICO.....	45
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.1.	ANÁLISE QUANTITATIVA.....	48
4.1.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
4.2.	ANÁLISE QUALITATIVA.....	67
5	CONCLUSÃO.....	7769
	REFERÊNCIAS.....	812
	APÊNDICES.....	878
	ANEXOS	1045

1.1. TEMA EM FOCO

Segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). Estes danos são caracterizados como eventos adversos que são incidentes que resulta em dano à saúde (BRASIL, 2013), ou seja, complicações do processo de cuidado de saúde que atingiu o paciente de forma temporária ou permanente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados apenas 01 (um) morre em consequência de um incidente por eventos adversos em paciente internados. Com uma estimativa de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta na ocorrência de pelo menos 01 evento adverso, ainda mais se considerar que metade desses incidentes poderiam ter sido evitados.

Em decorrência das evidências mundiais destes danos substanciais à saúde pública, foi lançada em outubro do ano de 2004 a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que visa à conscientização para melhoria da segurança dos cuidados, além do desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Esta Aliança formula Desafios Globais que buscam fomentar o comprometimento e define temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa. Entre os desafios definidos, este estudo, destaca o segundo desafio que trata da Segurança do Paciente cirúrgico “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”.

O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte, (BRASIL, 2010a).

Estima-se que cerca de 63 milhões de pessoas por ano passam por tratamento cirúrgico devido a injúrias traumáticas, malignidades e por complicações obstétricas (WHO, 2009a).

A população pediátrica pode ser caracterizada como vulnerável para a ocorrência de eventos adversos na área da saúde. Assim, a hospitalização da criança promove ansiedade capaz de modificar seu comportamento em razão do estresse e do medo (PIRES et al, 2013).

Os problemas associados com a segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Existem recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro. As infecções e outras complicações pós-operatórias acarretaram sérias preocupações em todo mundo, complicações na anestesiologia também continuam sendo uma causa importante de morte durante as cirurgias no mundo (ANVISA, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde em 1º de abril de 2013, por meio da PORTARIA Nº 529, Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde e, em 25 de julho de 2013 o Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publica a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e cria o Núcleo de Segurança do Paciente, para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde” (BRASIL, 2013). Esse plano existe a determinação de cumprir o protocolo de Cirurgia Segura utilizando como ferramenta o *checklist* de “cirurgia segura da OMS”.

O *checklist* de “cirurgia segura da OMS” é uma Lista de Verificação de padrões de segurança, composto de três etapas, sendo elas: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes do paciente sair da sala cirúrgica), sendo essa lista elaborada por especialistas com o objetivo de reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico.

As listas de verificação têm sido adotadas numa grande variedade de ambientes e representam uma estratégia promissora para a melhoria da cultura da segurança do paciente, sendo associadas a uma maior detecção de potenciais riscos à segurança, a menos complicações cirúrgicas e a uma melhor comunicação entre os membros da equipe cirúrgica (PANCIERI et al, 2013).

O *checklist* de “Cirurgia Segura” é um instrumento que faz parte do segundo desafio global para segurança do paciente, contém em suas etapas diversas práticas de segurança em assistência cirúrgica pontuadas de forma integrada com a equipe de profissionais que atua no

centro cirúrgico e, segundo a OMS trata-se de uma exigência sua implantação nas instituições de saúde.

A aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS no ambiente cirúrgico trata de uma ferramenta de avaliação, organização e interação com a equipe, de ação preventiva buscando, sobretudo, a segurança do paciente, considerando também por ser um instrumento validado e definido pela OMS, com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade em pacientes cirúrgicos, fornecendo às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares orientações sobre a função de cada indivíduo e do padrão de uma cirurgia segura (BRASIL, 2010, p.44).

1.2. JUSTIFICATIVA

Como enfermeira assistencial atuando no centro cirúrgico e considerando esse setor de extrema importância no cenário hospitalar com suas especificidades, no qual desenvolvemos um trabalho de equipe integrado e dependente de cada profissional (desde o profissional que executa a limpeza da sala de cirurgia ao cirurgião responsável), percebo a fragilidade e a segurança do paciente relacionada às etapas do processo cirúrgico (pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório imediato) no qual o paciente é assistido, em especial as cirurgias pediátricas.

Apesar das ações serem realizadas da melhor maneira possível para assegurar a adequada assistência ao paciente, não utilizamos uma ferramenta que direcione as fases do processo cirúrgico, o que poderia evitar potenciais de risco à segurança, com menos complicações e uma melhor comunicação entre os membros da equipe cirúrgica. Também não utilizamos um sistema de notificação efetivo de eventos adversos relacionados à assistência cirúrgica, fato este que corrobora para a ausência de dados. Para tanto, a implementação de um checklist moldado à realidade da instituição, possibilitaria a identificação de falhas no processo assistencial e o acesso de dados notificáveis.

Segundo Santos et al., (2013), existem inúmeras ocorrências que são consideradas eventos adversos, entre elas: jejum prolongado e ou desnecessário; realização de procedimentos sem preparo prévio; analgesia inadequada e poucas orientações aos pais ou acompanhantes, que contribui para o aumento de eventos adversos às crianças.

A clínica cirúrgica destina-se ao atendimento integral, contínuo e individualizado dos pacientes cirúrgicos. Os procedimentos cirúrgicos provocam ansiedade, estresse, medo da dor, além de expor os pacientes a vários procedimentos pré-cirúrgicos que podem ser fontes para a ocorrência de erros (CARNEIRO et. al., 2011).

As atividades desenvolvidas no Bloco Cirúrgico são complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual, além da interação entre humanos, máquinas e equipamentos. Aproximadamente 48% dos eventos adversos ocorrem nesta unidade (LEAPE, 2010). Esses erros podem ser prevenidos, por meio da implantação de medidas simples e seguras que precisam ser divulgadas e adotadas (VENDRAMINI, 2010).

Segundo Pancieri et al. (2013), cuidados como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas, disponibilidade e o bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um procedimento,

portanto implantar uma ferramenta visando à segurança do paciente no processo cirúrgico é de extrema importância no ambiente hospitalar.

O estudo piloto publicado no *New England Journal of Medicine*, realizado em 2009, de 7.688 pacientes antes e depois da utilização do *checklist* (em Boston, Seattle, Toronto, Londres, Nova Delhi, Auckland, Aman, Manilha, Tanzânia), confirmou a redução em 36% das grandes complicações e em 47% da mortalidade, com significância estatística (ANVISA, 2013).

A aplicação da lista ajudará a assegurar que as equipes sigam de maneira consistente as etapas críticas de segurança e, assim, minimizar os riscos evitáveis mais comuns que colocam em risco as vidas e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos (FREITAS, 2013).

1.3. PROBLEMATIZAÇÃO

O interesse pelo tema segurança do paciente surgiu durante um congresso “Gestores do SUS”, na qual participei como congressista através da Secretária de Estado de Saúde Pública (SESPA), sendo que, logo após ocorreu a divulgação do assunto na Fundação Santa Casa Misericórdia do Pará (FSCMP), por meio do Núcleo de Segurança do paciente o qual trabalha na perspectiva de implantação do Protocolo de Cirurgia Segura. Além da minha participação como ator social da pesquisa do trabalho de dissertação com o título: “Avaliação do protocolo de cirurgia segura em neurocirurgia pediátrica” desenvolvido pelo Mestrado profissional Gestão e Serviços de Saúde da Amazônia da FSCMP, a qual apontou para necessidade de consolidar a implementação da cirurgia segura a fim de garantir a qualidade da assistência (XIMENES, 2014). Percebi então a importância da temática voltada ao campo de prática, aplicando medidas mais seguras para evitar possíveis complicações aos pacientes.

Mediante essa aproximação com o tema, observo na prática profissional falhas no processo cirúrgico, como por exemplo: identificação do paciente, solicitação de materiais específicos pelo cirurgião após a incisão cirúrgica sem previsão adequada, revisão de equipamentos após cada procedimento e falta de integração entre as equipes de profissionais em relação à checagem de dados para a cirurgia, em que cada equipe registra suas informações separadamente, pois ainda não foi implantado o protocolo de cirurgia segura com a utilização do *checklist* como forma de registro institucional.

Portanto, tais lacunas existentes no serviço poderá ser complementada pela aplicação do *checklist* da OMS. Porém, essa implantação deverá ser sistematizada com a participação da equipe de profissionais que executam as tarefas na prática assistencial, estimulando a cultura de segurança ao paciente cirúrgico.

Segundo Pancieri et al. (2013), os protocolos são implantados de forma imposta sem o conhecimento do grupo de profissionais que aplicará a ferramenta, podendo ocorrer a não utilização e desmotivação da equipe por não ter participado do processo de construção de forma a contribuir com suas sugestões conforme a realidade do serviço.

O recurso mais crítico das equipes cirúrgicas e a própria equipe em si — os cirurgiões, os anesthesiologistas, os enfermeiros e outros. Uma equipe que trabalhe efetivamente unida para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente cirúrgico pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida. Contudo, a equipe cirúrgica tem recebido pouca orientação ou estrutura para promover um trabalho de equipe efetivo e assim, minimizar os riscos para a promoção de uma cirurgia segura, (BRASIL, 2010, p.13).

A implantação do *checklist* deve ser planejada e sistematizada com vistas a ser capaz de reduzir significativamente a mortalidade e as complicações dos procedimentos cirúrgicos em qualquer nível de complexidade nos serviços de saúde, além de proporcionar uma assistência de qualidade e livre de danos ao paciente (PORTO, 2014).

Partindo da preocupação com a cirurgia segura dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial nessa pesquisa a população pediátrica, por necessitar de maior atenção e apresentar maior vulnerabilidade ao se internar nesse hospital do SUS e, também, pela forma de implantação dessa política de saúde, surgiu o seguinte questionamento:

- Qual o conhecimento, aceitação e sugestões dos profissionais para adaptação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS nas cirurgias pediátricas eletiva?

Portanto, esse estudo tem como objeto o *checklist* de “cirurgia segura” da OMS para cirurgias pediátricas em um hospital de ensino no Estado do Pará.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GERAL

Adaptar o *checklist* de “cirurgia segura” da OMS para cirurgias pediátricas eletivas, mediante a avaliação pela equipe de profissionais em um Hospital de Ensino no Estado do Pará.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o grau de conhecimento da equipe de profissionais das cirurgias pediátricas do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS;
- Avaliar a adesão da equipe de profissionais das cirurgias pediátricas ao *checklist* de “cirurgia segura” da OMS;
- Propor a implantação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS adaptado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CIRURGIA

A palavra cirurgia tem sua origem no grego *kheirourgia* (*kheiros*, mão e *ergon*, obra). No passado, era vista como último recurso para determinadas doenças. No entanto, com a evolução da ciência, passou a ter um caráter também de tratamento; a primeira operação conhecida, denominada trepanação, consistia na remoção de um pequeno fragmento ósseo da calota craniana, em geral arredondado, cuja finalidade era o alívio da pressão intracraniana, porém esse ato também fazia parte de rituais místicos (TUBINO; ALVES, 2011).

A cirurgia é o ramo da medicina que se dedica a curar as doenças por meio de operações. Trata-se de um procedimento terapêutico para uma variedade de distúrbios fisiopatológicos que implicam ameaças reais, tais como risco de vida, perda de órgãos ou parte destes prejuízos financeiros, além do próprio desconforto decorrente da intervenção cirúrgica (REZENDE, 2009).

Cirurgia Pediátrica é a especialidade médica, ramo da cirurgia, que se ocupa do tratamento cirúrgico de doenças que acometem indivíduos desde o período da vida fetal até o início da idade adulta. O paciente pediátrico não difere do adulto somente no aspecto anatômico, mas diferenças devem ser observadas no aspecto fisiológico e na resposta às drogas utilizadas, havendo a necessidade de interação entre pediatra, anestesiólogo, cirurgião, crianças e pais (CARVALHO et al., 2010).

Cirurgia Eletiva é o tratamento cirúrgico proposto, cuja realização pode aguardar a ocasião mais propícia, ou seja, pode ser programado. Por exemplo: mamoplastia, gastrectomia. Segundo Carvalho et al. (2010), sempre que a indicação cirúrgica acontecer em situações não urgentes ou emergentes haverá mais tempo para se preparar para intervenção, sendo solicitados exames complementares e pareceres de outras especialidades, reduzindo, ao máximo, o risco de intercorrências.

O preparo pré-operatório das crianças e adolescentes possui particularidades que o diferencia da avaliação da população adulta. É fundamental que essas informações sejam disseminadas e conhecidas por todos os que lidam com a população pediátrica submetida a intervenções cirúrgicas (CARVALHO E PINTO, 2008).

A população pediátrica pode ser caracterizada como vulnerável para a ocorrência de eventos adversos na área da saúde. A hospitalização da criança promove ansiedade capaz de modificar seu comportamento em razão do estresse e do medo. Em algumas situações, como ser submetido à cirurgia, assim como nos adultos, essas reações são potencializadas (BROERING, 2011).

As cirurgias na população em geral nas últimas décadas foram aperfeiçoadas tecnicamente, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levá-lo à incapacidade ou à morte. O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (BRASIL, 2010).

A estimativa de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta na ocorrência de pelo menos 1 evento adverso é alarmante, ainda mais se considerarmos que metade destes incidentes poderiam ter sido evitados. No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de 7,6% de eventos adversos, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (ANVISA, 2013).

2.2. EVENTOS ADVERSOS E ERROS HUMANOS EM CIRURGIAS

De acordo com Kalsing (2014), o evento adverso é diferente do erro. O evento adverso é uma complicação não esperada. Define-se como qualquer lesão provocada, ocorrida durante o cuidado de saúde. O erro é um desvio de um procedimento que deveria ter sido correto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução (DE FRAGA et al., 2015).

Erros são, por definição, não intencionais, enquanto que violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde (TRAVASSOS, 2013).

Para Wachter (2013), o incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. De acordo com Capucho (2011), os

incidentes classificam-se como: *near miss* – incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão); incidente sem dano – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação); incidente com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica) (MENDES et al., 2013).

Os tipos de incidentes são categorias que agrupam os incidentes de mesma natureza, como, por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; infecção associada ao cuidado; medicação/fluidos IV; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração (MENDES et al., 2013).

Lima (2014), afirma que qualquer procedimento cirúrgico pode ser seguido de um evento adverso sem que tenha ocorrido erro de técnica ou conduta. Há uma interface muito sutil entre o erro e o evento adverso, que, muitas vezes, os tornam de difícil reconhecimento. Conforme Wachter (2013), por exemplo, o uso inadequado de antibióticos pode levar a um evento adverso, mas pode ter ocorrido por um erro na prescrição inicial.

Muitas vezes, o evento adverso ou erro ocorre por deficiência de estrutura, por péssimas condições de trabalho nas instituições, por falta de medicações, treinamento inadequado de recursos humanos ou pela ausência de recursos necessários ao financiamento do tratamento (KALSING, 2014).

Para Wachter (2013), os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido (KALSING, 2014).

Segundo Capucho (2011), a atenção que tais eventos invariavelmente atraem a mídia e abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde. As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e para a sociedade (HEMESATH et al., 2015).

Estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação. Os fatores que contribuem para os

erros podem ser humanos, associados ao ambiente de trabalho, fatores externos e associados ao paciente. O fator externo é o fator no qual o serviço de saúde não tem governabilidade, geralmente associados à falta de recursos de qualquer natureza. A complexidade e a gravidade do caso, ou a não aderência ao tratamento, são exemplos de fatores associados ao paciente que contribuem para o erro e devem ser previstos no momento de elaboração do plano de cuidados (CAPUCHO, 2011, MODESTO, 2014).

Cabe à gestão criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente, por exemplo, implantar a prescrição eletrônica, protocolo de passagem de plantão e de transferência de paciente, dispensa de medicamentos por dose unitária, evitar que o profissional trabalhe fatigado ou sob intenso *stress* e outros. (MENDES et al., 2013).

Para Capucho (2011), o modelo do queijo suíço, criado pelo psicólogo britânico James Reason, enfatiza que os erros precisam transcorrer as barreiras, nesse caso as fatias do queijo suíço, para causar um resultado devastador. Esse modelo também ressalta que quando os erros são analisados é necessário concentrar a atenção em suas causas-raiz, ou seja, “não só na causa mais aparente, ocorrida na ponta do processo, mas em todas as condições subjacentes que tornam o erro possível” (WACHTER, 2010, p.36).

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

2.3. DANOS EM CIRURGIAS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

No Reino Unido, o erro humano aparece como terceira causa de mortalidade após câncer e cardiopatia, tendo uma mortalidade anual estimada de 80 mil óbitos. Nos Estados Unidos da América (EUA), são estimados 150.000 óbitos por ano que tem como causa associada o erro humano (SEGURA, 2013).

Os eventos adversos foram estimados em afetar 3-16% de todos os pacientes hospitalizados e mais da metade desses eventos são reconhecidamente preveníveis. Percebe-se uma enorme margem de erro, demonstrando a inespecificidade dos dados (ANVISA, 2013).

Pancieri et al. (2013) afirma que apesar do enorme progresso do conhecimento no tratamento cirúrgico, pelo menos metade dos eventos adversos continua ocorrendo durante a

assistência cirúrgica. Assumindo uma taxa de eventos adversos perioperatórios de 3% e uma taxa de mortalidade de 0,5% no mundo, cerca de 7 milhões de pacientes sofreriam complicações significativas a cada ano e um milhão morreria durante ou imediatamente após a cirurgia (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em paciente internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico (PANCIERI et al., 2013).

O erro humano cometido por profissionais de saúde é extremamente elevado. O efeito adverso (EA) ocorre em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, ou seja, 23,4 milhões de caso por ano (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Por efeito adverso compreendem-se descuidos com a esterilização, utilização inadequada de antibióticos (somos campeões mundiais), queda (idosos), queimaduras, medicação trocada ou errada, equipamentos defeituosos ou ausentes, falta de leitos de terapia intensiva, de condições adequadas de atendimento e falta de práticas e processos seguros (PANCIERI et al., 2013).

Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 1 (um) em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos EUA, equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano (WHO, 2009). Uma análise de eventos sentinelas relatadas pela *Joint Commission*, dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se as cirurgias em sítios errados (BRASIL, 2010).

A magnitude do problema, a nível hospitalar, foi evidenciada pelos resultados do *Harvard Medical Practice Study*, na qual a frequência dos danos sofridos pelos pacientes em decorrência do tratamento médico em hospitais americanos foi sistematicamente investigada (FERRAZ, 2010).

De acordo com Ferraz (2010), a estimativa da incidência de eventos adversos foi de 3,7% do total das internações, sendo que 13,6% desses eventos evoluíram para óbito. Os pesquisadores revelaram que mais da metade dos eventos adversos poderiam ter sido evitados. O estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) em cinco países da América Latina mostrou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de EA, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados. O estudo apoiou de maneira decisiva a cultura da melhoria da qualidade e a segurança do paciente, além de permitir conhecer a magnitude do

problema. Como consequência, se incrementou a massa crítica que trabalha em prol da segurança do paciente e a melhoria da atenção (BRASIL, 2010).

Há alguns séculos, a cirurgia tem se destacado pelo mundo como componente essencial ao cuidado da saúde, indicando que a segurança é primordial. Em 1999, o *Institute of Medicine* publicou um relatório que alertava a comunidade científica sobre o alto índice do impacto das perdas humanas nos Estados Unidos, decorrentes de erros que poderiam ser evitados antes da cirurgia. A partir de então, houve progresso significativo nos estudos relacionados ao tema: Segurança do paciente (WHO, 2009).

2.4. SEGURANÇA DO PACIENTE

O conceito de segurança surgiu com o homem primitivo, lutando pela sua sobrevivência contra predadores em um ambiente inóspito e agressivo. Com a evolução natural e o desenvolvimento tecnológico, surgiram parâmetros de sobrevivência e segurança em praticamente todas as atividades humanas (DE ARAUJO; DOS SANTOS; MAFRA, 2015).

De acordo com Vendramini (2010), a concepção e o desenvolvimento que ocorreram através dos séculos fizeram surgir invenções de alto nível de complexidade em todas as atividades humanas e, principalmente, na preservação da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

Como já visto, a segurança é uma dimensão da qualidade, conceito este mais abrangente. Porém como argumenta Vincent (2010), a segurança é a dimensão mais crítica e decisiva para os pacientes. Apesar da segurança constituir uma dimensão da qualidade, algumas vezes é apresentada descolada deste contexto. No entanto, esta tendência tem perdido força mais recentemente para abordagens que a interpretam como parte integrante do conceito de qualidade (PANCIERI et al., 2013).

O importante é ressaltar que o desenvolvimento contemporâneo da área de segurança do paciente permitiu um novo olhar sobre o cuidado de saúde, na medida em que foi influenciado por disciplinas de outros campos do conhecimento que se voltaram para estudar o erro humano, os acidentes e sua prevenção (DE ARAUJO; DOS SANTOS; MAFRA, 2015).

2.4.1. PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

No quarto século antes de Cristo, Hipócrates, respeitado como o pai da medicina, num contexto de saúde rudimentar que se comparado com o elevado nível da tecnociência contemporânea, pode ser julgado como um pensamento a frente para sua época escreve “Nunca causarei dano a ninguém”, princípio *primum non nocere* (GUESSER et al., 2014).

Através deste legado é possível notar que mesmo num contexto assistencial elementar, Hipócrates admitiu que os atos assistenciais fossem passíveis de equívoco e a segurança do paciente já era vista como prioridade, isto demonstra a preocupação desde a Antiguidade com o risco envolvido no exercício da medicina (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Florence Nightingale, enfermeira nascida em 1820, trouxe importantes contribuições à área da saúde. Naquele tempo, com uma visão inovadora, Florence orientava o registro dos óbitos e, posteriormente, realizava análises estatísticas das causas e condições insalubres do cuidado à época. A partir de seus estudos, ela desenvolveu e preconizou medidas inovadoras, práticas de higiene, uso de saneantes e sistema de prevenção da disseminação de infecções (FRELLO; CARRARO, 2013; CAMPOS, 2010).

Assim, Florence, defensora do princípio de primeiramente não causar dano ao paciente, contribuiu para a segurança do paciente, com recomendações para a prevenção de riscos e sistemas de avaliação (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011). Com o passar dos anos, em 1863, Florence Nightingale em seu livro *Notes on Hospitals*, diz: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”.

Segundo Bueno e Fassarella (2012),

Quarenta e oito anos após o relato de Florence, Ernest Codman, um cirurgião do Hospital Geral de Massachussets, EUA, estudou os desenlaces de pacientes, incluindo falhas no tratamento e em 1918, surge o primeiro trabalho intitulado de *Diseases of Medical Progress*, onde mostrou a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas decorrentes de más práticas profissionais, suas conseqüências e a gravidade do problema, argumentava que para obter melhores resultados no cuidado aos pacientes era necessário melhorar as condições dos hospitais, propôs ainda o primeiro método de monitoramento do resultado do cuidado com o argumento de que é fundamental verificar se o cuidado prestado foi efetivo.

Codman, um militante pioneiro nesta área, conseguiu influenciar positivamente o Colégio Americano de Cirurgiões, que criou em 1917 o primeiro elenco de padrões hospitalares, conhecido como “padrões mínimos”, estes se constituíram no alicerce da estratégia de avaliação dos serviços de saúde conhecida como acreditação. Esta representa

uma modalidade de avaliação e de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde que se tornou internacionalmente reconhecida e, na atualidade, é praticada por um grande número de países (CAMPOS, 2010).

Em 1990 James Reason, psicólogo britânico, publica *Human Error*, o primeiro da série de relatos sobre a segurança do paciente, mostrando que a abordagem individualizada do problema é obsoleta e propõe a quebra deste paradigma. Ele mostrou que um erro é fruto da falha de sistema e por isso deve ser abordado de forma holística (WACHTER, 2010).

O relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado: Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro, obteve grande influência de modo a iniciar um movimento mundial de segurança do paciente (KOHN, 2009). O Século XXI é considerado o século do conhecimento. Estima-se que o conhecimento adquirido nos primeiros 50 anos será maior do que o incorporado nos últimos 500 anos (FERRAZ, 2010).

Em maio de 2002, à Resolução 55.18, da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou à própria Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da segurança do paciente. Frente a essa Resolução a OMS lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (SEGURA, 2013).

Essa Aliança tem o objetivo despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente" (SEGURA, 2013).

Considerando também a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças (SEGURA, 2013).

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve de acordo com seus artigos:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (SEGURA, 2013).

Em 25 de julho de 2013 Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publica a RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, a qual tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (ANVISA, 2013).

Em seu capítulo II que trata das condições Organizacionais, a Seção I cria o Núcleo de Segurança do Paciente, em seu Art. 4º define que “A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde” (ANVISA, 2013).

Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. A cada ano, a Aliança organiza programas que buscam melhorar essa segurança, e a cada dois anos um novo Desafio é formulado para fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área de risco identificada como significativa em todos os Estados Membros da OMS (ANVISA, 2013).

2.5. OS DESAFIOS GLOBAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, previstos na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, orientam a identificação de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes. O primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, focou-se nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”.

O propósito era promover a prevenção das infecções. Criado para conscientizar sobre a relação da higiene das mãos com a prevenção de infecções relacionadas ao cuidado a nível mundial, uma vez que ocorrem complicações em 5 a 10% das admissões em unidades de cuidados intensivos, nos países industrializados, e um aumento para mais de 25% nos países em desenvolvimento (WHO, 2008).

Já o segundo Desafio Global para a Segurança do paciente dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, inquestionavelmente, componentes essenciais da assistência à saúde com ‘Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente’, que pretende identificar os itens mais significativos do risco à segurança do paciente, que é a ‘Cirurgia Segura Salva Vidas’. Este desafio foi implementado em 2007 e 2008 para reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS.

O terceiro desafio global para a segurança do paciente envolve o problema da resistência microbiana aos antimicrobianos e apresenta como lema “Enfrentando a Resistência Antimicrobiana” (ANVISA, 2013). Os trabalhos foram iniciados no ano de 2010, expondo que diversas doenças não são mais tratadas com antibióticos simples devido à resistência destes microrganismos, tornando-se uma grande ameaça ao tratamento e controle das infecções em geral (WHO, 2008).

Neste estudo daremos enfoque ao segundo desafio global “**cirurgias seguras salvam vidas**”.

2.5.1. DESAFIO “CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS”

A preocupação com a segurança do paciente em Centro Cirúrgico (CC) nasceu antes da descoberta da anestesia, em torno de 1801. Porém, atualmente, os avanços tecnológicos e

científicos na área da saúde têm propiciado um aumento significativo no número de intervenções cirúrgicas ao redor do mundo (JÚNIOR et al. 2014).

Cerca de 20 milhões de pessoas são submetidas a cirurgias anualmente nos Estados Unidos, no entanto, muitas vezes, realizadas em condições inseguras interferindo na promoção e na recuperação da saúde dos pacientes (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011; WACHTER, 2013).

Os dados da OMS acerca das complicações apresentam a segurança cirúrgica como um problema de saúde pública significativa. Sendo assim, existem, no mínimo, quatro problemas subjacentes que precisam ser trabalhados para melhorar a segurança cirúrgica (OMS, 2009b).

O primeiro problema refere-se ao fato de que a segurança cirúrgica não tem sido reconhecida como um problema de saúde pública significativo. Há muitos gastos com a cirurgia e poucas condições para um funcionamento de qualidade, como por exemplo, a falta de infraestrutura e de equipamentos.

O segundo problema é a escassez de dados básicos, como por exemplo, a falta de monitorização nos cuidados cirúrgicos que aponta o fato de poucos países membros da OMS terem os dados sobre os procedimentos cirúrgicos e ainda assim são poucos os procedimentos ambulatoriais relatados.

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

O quarto problema refere-se à complexidade dos procedimentos cirúrgicos. Até os procedimentos mais simples possuem etapas críticas, oportunizando falhas e danos aos pacientes. É necessária a identificação correta do paciente e do local a ser operado e a garantia da esterilização dos instrumentais cirúrgicos para ser efetuada uma cirurgia segura.

A equipe cirúrgica é essencial um trabalho coeso, conhecimentos científicos e práticos para impedir ocorrência de complicações importantes ao paciente. Entretanto, na equipe cirúrgica há pouca orientação ou estrutura para tal. Assim, com o intuito de corrigir estes problemas, elaborou o programa *Cirurgia Segura Salva Vidas*.

No entanto, persiste a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e da garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resulte progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades previsíveis. Assim, esse novo Desafio Global tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla:

- 1) Prevenção de infecções de sítio cirúrgico;
- 2) Anestesia segura;
- 3) Equipes cirúrgicas seguras e
- 4) Indicadores da assistência cirúrgica.

A meta do Desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países e cenários (OMS, 2009).

Grupos de trabalho de especialistas internacionais foram criados para revisar a literatura e as experiências de médicos em todo mundo e para chegar a um consenso sobre práticas de segurança em quatro áreas: trabalho de equipe, anestesiologia, prevenção de infecção do sítio cirúrgico e mensurações dos serviços de saúde (PANCIERI et al, 2013).

Colaboradores com experiência em cirurgia, anestesiologia, enfermagem, doenças infecciosas, epidemiologia, engenharia biomédica, sistemas de saúde, melhoria de qualidade e outros campos relacionados, assim como pacientes e grupos de segurança do paciente foram recrutados de cada região da OMS; eles próprios solicitaram a participação de médicos e de outras partes interessadas em todo o mundo (ANVISA, 2013, p 216-11).

Na primeira consulta, realizada em janeiro de 2007, as dificuldades em melhorar a segurança cirúrgica foram identificadas e revisadas. A cirurgia maior foi definida como “qualquer procedimento na sala de operações envolvendo incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecido que geralmente requer anestesiologia regional ou geral ou sedação profunda para controle da dor”. Reconheceu-se que, em cirurgia, não há uma única solução que transformaria a segurança.

Em julho de 2013 o Ministério da Saúde (MS), ANVISA e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), estabelecem “O protocolo para Cirurgia Segura” que deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

A finalidade desse protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.

2.5.2. LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA “O CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA”

O *Checklist* foi aplicado primeiramente na aviação na década de 1930 para resolver o erro humano, depois foi estendido para as indústrias e instituições de saúde, sendo adaptado de acordo com cada realidade (VRIES, HOLLMANN, SMORENBURG, et al., 2009).

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros.

Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Especialistas prepararam um *checklist* composto de três etapas, sendo elas: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes do paciente sair da sala cirúrgica).

Estima-se que seja necessário o tempo total de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação e orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação, sendo o enfermeiro o profissional indicado para orientar a checagem, mas qualquer profissional que participa do procedimento cirúrgico pode ser o coordenador da verificação. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação (ANVISA, 2013).

2.5.3. A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA “O *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA”

A implementação do *checklist* é de baixo custo, resumindo-se em reprodução e distribuição do instrumento, já a dificuldade na aplicação está localizada na equipe cirúrgica pela falta de comunicação durante o processo cirúrgico.

A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação, e em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso. Nos últimos quatro anos, com o apoio da *Agency for Health care Research and Quality*, dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (PANCIERI et al, 2013).

Fortemente recomendada é que o *checklist* pode sofrer mudanças na estrutura, pois precisa estar de acordo com a realidade de cada instituição de saúde (BRASIL, 2010). Para a criação e implementação de um *Checklist* é importante avaliar o formato, o tempo para ser aplicado, realizar a experimentação e ter um *feedback*, precisando estar embasada em evidências, sendo abordados itens de segurança que em alguns momentos passam despercebidos (WALKER, RESHAMWALLA, WILSON, 2012).

Segundo Pancieri et al. (2013), cuidados como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento, portanto implantar uma ferramenta buscando a segurança do paciente no processo cirúrgico é de extrema importância no ambiente hospitalar.

As listas de verificação têm sido adotadas numa grande variedade de ambientes e representam uma estratégia promissora para a melhoria da cultura da segurança do paciente e do cuidado perioperatório em uma grande variedade de locais. As listas de verificação cirúrgica foram associadas a uma maior detecção de potenciais riscos à segurança, a menos complicações cirúrgicas e a uma melhor comunicação entre os membros da equipe cirúrgica. Desde a criação e implementação do *Checklist* de cirurgia segura o seu uso tornou-se mais generalista, visando reduzir complicações pós-operatórias e mortalidades, porém, surgiram dúvidas sobre a implementação e o impacto referente à segurança (FOURCADE et al., 2012).

2.5.4. ADESÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS A LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

A adesão da equipe aos programas institucionais por meio do comprometimento em se fazer cumprir o estabelecido. O comprometimento, segundo Silva e Bastos (2010), é considerado a força que promove a fusão entre indivíduo e organização, dá estabilidade ao comportamento e direciona as ações desses indivíduos.

A implantação mais estruturada, de modo a assegurar a sua adequada utilização, garantindo, ainda, a qualidade e segurança da atenção ao paciente. As diferenças na utilização do *checklist* e na qualidade do seu preenchimento nos hospitais sugerem a importância de combinarem-se diferentes estratégias de implantação, caracterizadas tanto pela regulação, quanto pela sensibilização e empoderamento das equipes cirúrgica (FREITAS, 2013).

O reconhecimento da equipe de enfermagem da importância do uso do *checklist* da cirurgia segura para garantir a segurança do paciente no centro cirúrgico. No entanto, algumas etapas desse processo ainda não são cumpridas e observa-se dificuldade de adesão pelas equipes. O estudo de Amaral e Oliveira (2013) aponta que os passos do *checklist* da cirurgia segura não são totalmente executados, comprovando que há falhas relacionadas ao registro do protocolo.

A adesão ao *checklist* depende muito da cultura de segurança da instituição, além do comprometimento dos gerentes e dos trabalhadores da linha de frente (HAYNES et al., 2011). Já no estudo de Fourcade et al. (2012), relata que no início da implantação do *checklist* da cirurgia segura, houve uma porcentagem de adesão baixa, em torno de 61%, havendo muitos problemas com a adaptação. Após a adesão do *checklist*, esse indicador elevou-se para 90%. Algumas dificuldades para a implantação do *checklist* da cirurgia segura, destacando que podem ser de diversas espécies.

Há viabilidade de implantação do *checklist* como citada acima mostrada em estudos de vários hospitais em muitos países e em todos os contextos econômicos, porém ainda percebemos dificuldades na implantação dessa ferramenta de segurança em hospitais de ensino, especialmente, no que se refere à aceitação da equipe cirúrgica. O enfermeiro como líder da unidade pode adotar esta ferramenta que trará benefícios para os profissionais todos nessa nova iniciativa (PANCIERI et al, 2013).

2.6. QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde tem surgido em âmbito global. As investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisões e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado. As ações adotadas precisam gerar resultados, como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro atual de eventos indesejáveis (SILVA, 2010).

Inúmeros estudos têm sido realizados em diferentes países, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, do ponto de vista dos pacientes. No Brasil existem poucos estudos de avaliação de serviços de saúde. A pequena produção restringe-se praticamente à avaliação quantitativa dos serviços (PONTES; GONÇALVES, 2012).

Atualmente a Organização Pan Americana de Saúde trabalha a diretriz da qualidade do cuidado e a segurança do paciente com as seguintes linhas de ação: posicionar o tema como prioridade setorial embasado em evidências científica e análises econômicas; fomentar a participação comunitária facilitando a informação e conhecimento a pacientes e famílias; gerar informação e evidências através de estudos da avaliação e da investigação e, desenvolver, adaptar e apoiar soluções de qualidade desenvolvendo-as, compilando-as e difundindo-as em modelos e ferramentas de qualidade (CASSIANI, 2010).

O mesmo autor afirma que iniciativas para o desenvolvimento de ações voltadas para a segurança do paciente é a criação de comitês multidisciplinares nas instituições de saúde que articulassem e coordenassem programas e atividades de prevenção de eventos adversos, denominados Comitês de Qualidade ou Comitê de Segurança do paciente.

Segundo Donabedian (2015) a avaliação qualitativa dos serviços comporta sempre duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; e relacionamento com o paciente. A estrutura refere-se às características dos recursos utilizados pelo serviço; o processo, aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos pacientes; e o resultado, ao estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde. A satisfação do paciente, o objetivo mais importante nos estudos de avaliação de qualidade, tem sido incluída, geralmente, na avaliação de resultados (LIMA, 2014).

É fato que o ambiente cirúrgico apresenta características totalmente diferentes de outras unidades. É um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar como dos profissionais que ali desempenham suas atividades (LIMA, 2014).

Neste contexto, a equipe cirúrgica que proporciona o inter-relacionamento com clientes e seus familiares consegue planejar um cuidado humanizado que favorecido pela colaboração da família, promove uma relação de confiança para a qualidade da assistência (BORDIGNON et al., 2014).

Estas categorias são determinadas pelas experiências anteriores, pela preocupação com as consequências dessa avaliação e pela percepção da assistência executada em âmbito multidisciplinar que constituem a caracterização da satisfação ou insatisfação dos pacientes (JORGE; SALETE, 2014).

2.7. TRABALHO EM EQUIPE NO AMBIENTE CIRÚRGICO

As atividades no centro cirúrgico envolvem a participação conjunta de equipes multiprofissionais, porém com forte dependência da atuação individual. Os profissionais desenvolvem atividades variadas, repletas de incertezas, exercidas em ambientes dominados pelo estresse e pela pressão, que contribuem para ocorrência de incidentes, colocando em risco a segurança do paciente. Uma forma de minimizar os erros ao paciente cirúrgico é promover o trabalho em equipe e a implementação de instruções a serem seguidas no bloco operatório durante os procedimentos cirúrgicos (FRAGATA, 2010).

Transformar um grupo de trabalho em uma equipe de trabalho não é tarefa fácil, pois se faz necessária comunicação aberta, exercício das capacidades individuais e atuação mais criativa de cada membro da equipe, de modo a evitar cristalizações de posições, rotulações e deterioração das relações pessoais. Com essas ações o grupo se fortalece como solidário, responsabilizando-se pelos sucessos e fracassos (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2010).

Meira e Kurcgant (2016) consideram a integração e a sinergia positiva, presentes no trabalho em equipe, como um diferencial entre essa e grupo de trabalho; na qual impera a fragilidade de articulação e contribuições individuais.

Mirando o desenvolvimento de equipes com melhor desempenho, é essencial que sejam mapeados os itens que as levam à transformação de uma realidade, bem como as restrições para o trabalho em equipe (ROSCANI et al., 2015).

O espírito de coleguismo, de colaboração e de cooperação deve existir entre executivos e equipe clínica. Os relacionamentos devem ser abertos, responsáveis e flexíveis. Atualmente as instituições de saúde atendem pacientes cada vez mais graves, com tratamentos complexos, que requerem recursos tecnológicos sofisticados, exigindo esforço e colaboração entre profissionais para possibilitar alcançar uma cultura de segurança (ANVISA, 2013).

As transformações exigidas para a implementação do novo modelo, originadas também pela mudança de consciência dos cidadãos, evidenciaram o reconhecimento de que a administração burocrática não correspondia às demandas de resultados que a sociedade exigia (BRAGA; OLIVEIRA; SIENA, 2012).

No entanto, esta administração pública proativa, comprometida com os anseios da população, ainda não está efetivamente consolidada em varios segmentos. Para que a necessidade de aprimoramento da qualidade no processo administrativo seja suprida é importante que haja um “encaixe” efetivo dos componentes organizacionais, dentre eles a aprendizagem em equipe. A assistência à saúde sempre envolverá riscos, que podem ser reduzidos quando analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS, 2010).

Essa preocupação afeta os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, acreditando que a equipe de saúde tem como “missão” principal a prestação de cuidados com excelência (VENDRAMINI, et al., 2010).

2.8. A CULTURA DE SEGURANÇA

Cultura é conceituada como “sistema de ideias, conhecimentos, técnicas e artefatos, de padrões de comportamento e atitudes que caracteriza uma determinada sociedade”. (MICHAELIS, 2008, p. 245). Para Reis et al. (2012), a cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

A sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade voltada à segurança. A cultura da culpabilidade preponderante nas organizações de saúde deve dar lugar a uma cultura voltada à aprendizagem a partir dos erros, onde as informações decorrentes dos mesmos sejam compartilhadas (ANVISA, 2013, p.60a).

Para que isso ocorra é fundamental reconhecer a afabilidade humana, conhecer os erros os quais ocorrem no ambiente de trabalho e, a partir daí, possibilitar alterações no delineamento dos sistemas de prestação de cuidados, reduzindo os fatores contribuintes ao cuidado inseguro.

Objetivo dos sistemas e organizações de alta complexidade, como é o caso das organizações de saúde, é tornar-se resiliente, robusto e praticável em face das situações que envolvem riscos humanos e operacionais, e por consequência, a ocorrência do erro. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, e não causas. (REASON, 2005).

Aspecto extremamente relevante é o da mudança da cultura de punição, que castiga o profissional e não avalia o contexto no qual o incidente de segurança ocorreu. Esse modelo, já ultrapassado, ainda está presente na concepção de muitos gestores e instituições, e acaba levando à recorrência dos incidentes de segurança e não a sua prevenção (URBANETTO, 2013).

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

Para Moura (2012), o histórico de punições aos profissionais de saúde frente à ocorrência de erros, acompanhadas frequentemente de exposições públicas, provocando sentimentos de medo e vergonha, contribuem para a manutenção de uma cultura punitiva. Entretanto, para que se alcance um cenário de segurança é necessário que os serviços adotem um comportamento de aprendizagem contínua, onde a notificação dos eventos e a análise de suas causas atuem como elementos disparadores de melhoria dos processos assistenciais de forma a evitar a recorrência das situações indesejadas e dos danos aos pacientes.

A prática da culpabilidade individual precisa ser substituída pelo modelo mental sistêmico, *Sistemas pensantes*, que tem a ideia de repensar a assistência realizando a correção necessária. Esta prática alega que os humanos podem errar e que é necessário criar sistemas que antecipem, previnam e interceptem os erros, porém vêm sendo ignoradas na área da saúde, por mais que seja fundamental no processo de melhoria da segurança (WACHTER, 2010).

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

Os profissionais de saúde desde a graduação aprendem que não podem errar, pois esse ato é vergonhoso e muitas vezes motivo de chacota e de reprovação dos próprios colegas. Essa cultura é a mesma encontrada num serviço de saúde. A maioria dos serviços de saúde aborda o erro de uma forma individual, como um produto do descuido. Na abordagem individual, a forma de resolver a consequência de um erro é nominando, culpando, estimulando o sentimento de vergonha no profissional de saúde. É a cultura “velha”, em que as medidas corretivas são dirigidas a quem errou geralmente retreinando (ANVISA, 2013, p.59a).

Essas medidas criam a falsa sensação de segurança de que o “problema foi resolvido”. Quando a situação alcança uma repercussão maior na mídia, o serviço de saúde não apoia o profissional envolvido e deixa a seu cargo a tarefa de esclarecer o que ocorreu. A carreira de muitos profissionais muitas vezes é destruída. Esse profissional abandonado pela instituição é a segunda vítima. É considerada segunda vítima o profissional de saúde que passou a sofrer de angústia física e emocional e até stress pós-traumático, decorrente do seu envolvimento em um incidente. Os seres humanos cometem erros inocentes, independentemente de sua experiência, inteligência, motivação ou vigilância. Errar é humano. Os profissionais de saúde não têm a intenção de cometer erros, apenas em uma minoria de situações cometem violações deliberadas (ANVISA, 2013, p.59a).

Quanto mais se compreender como e por que essas coisas ocorrem, mais se poderá reduzir a reincidência. Na abordagem sistêmica a educação, protocolos e diretrizes clínicas, mudanças no sistema são recursos que funcionam como uma barreira ao erro muitas vezes as redundâncias são necessárias (GOMES et al., 2015).

A abordagem sistêmica parte da premissa que o erro do profissional faz parte do sistema. A gestão através da abordagem sistêmica procura por um lado mitigar os fatores contribuintes que levam ao erro e por outro criar barreiras para impedir que o erro chegue a causar um incidente com dano (evento adverso) ao paciente (BRASIL, 2013c).

Os fatores que contribuem para os erros podem ser humanos, associados ao ambiente de trabalho, fatores externos e associados ao paciente. O fator externo é o fator no qual o serviço de saúde não tem governabilidade, geralmente associados à falta de recursos de qualquer natureza (GOMES et al., 2015).

A complexidade e a gravidade do caso, ou a não aderência ao tratamento, são exemplos de fatores associados ao paciente que contribuem para o erro e devem ser previstos no momento de elaboração do plano de cuidados.

Os fatores associados ao ambiente de trabalho são relacionados à estrutura física do serviço de saúde e à gestão. Os fatores humanos estão relacionados com a atividade do profissional de saúde. Cabe à gestão criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente, por exemplo, implantar a prescrição eletrônica, protocolo de passagem de plantão e de transferência de paciente, dispensação de medicamentos por dose unitária, evitar que o profissional trabalhe fatigado ou sob intenso *stress* e outros (ANVISA, 2010).

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 (PANCIERI et al., 2013).

A cultura de segurança deve ser reconhecida como ação estratégica essencial para a organização e ser motivo de preocupação dos profissionais de saúde desde o momento da definição dos processos até o cuidado ao paciente propriamente dito (CRUZ; ALFONSO; PÉREZ, 2012).

3 MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo descritivo exploratório e analítico, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa de abordagem quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc (GERHARDT, 2009).

O enfoque qualitativo enriquece a pesquisa com seu caráter holístico e visa à redução da distância entre teoria e dados por meio do entendimento dos fenômenos por sua descrição e análise; nele as experiências pessoais do pesquisador fazem-se relevantes (TEIXEIRA, 2010).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Ainda esta mesma autora afirma que a pesquisa qualitativa prioriza as informações fornecidas pelos participantes, percebido como a pessoa mais importante no processo de investigação. Considerando a atenção que o pesquisador confere à obtenção dos dados, à captação do ponto de vista do participante, os resultados obtidos serão, portanto, uma consequência natural da própria investigação. A preocupação enquanto pesquisadora neste estudo foi retratar a perspectiva dos participantes (MINAYO, 2008).

A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa enriquece o estudo uma vez que permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente, com um ou outro tipo de pesquisa (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

3.2. CENÁRIO

O estudo foi desenvolvido no centro cirúrgico da instituição pública Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), fundada aos dias 24 de fevereiro de 1650, como Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Em janeiro de 1990, com apoio do Governo do Estado, a instituição passa ao regime jurídico de Fundação Santa Casa de

Misericórdia do Pará (FSCMP). Hoje a Fundação é um órgão da administração indireta, vinculado a Secretaria de Estado de Saúde Pública. Foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de Outubro de 2004.

Nos dias atuais mantém uma estrutura de dois prédios: o Centenário e a Unidade Materno Infantil “Dr. Almir Gabriel”, dotada de uma moderna estrutura inaugurada em 2013.

Missão: Prestar assistência à saúde da Mulher e da Criança, de forma humanizada e com qualidade, atuando como hospital geral e de ensino e pesquisa, articulada com as políticas públicas.

Visão: Ser um hospital de excelência para o ensino e assistência de média e alta complexidade na saúde da mulher e da criança.

Valores organizacionais: democratização, respeito, ética, transparência, responsabilidade, valorização do ser humano e humanização.

O Centro Cirúrgico da FSCMP localiza-se no prédio centenário, sendo parte da clínica cirúrgica a qual está subordinada conforme organograma do hospital à diretoria assistencial está por sua vez ligada à presidência da instituição. A clínica cirúrgica possui três enfermarias sendo duas de cirurgia geral (masculino-feminina) e uma de cirurgia ginecológica, distribuídas para internações de pacientes em caráter eletivo obedecendo a uma programação cirúrgica realizada a nível ambulatorial.

O Centro Cirúrgico é constituído de 06 salas operatórias e uma sala de recuperação pós-anestésica, onde são realizadas cirurgias de pequeno, médio e grande porte das especialidades: cirurgia geral, pediátrica e neurológica, urológica, ginecológica, plástica reparadora, vascular, proctológica, torácica e ortopédica. São aproximadamente 4000 cirurgias/ano com maior demanda as cirurgias pediátricas de acordo com a Assessoria de Planejamento da FSCMP.

3.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo os profissionais da equipe cirúrgica pediátrica, representados por 08 médicos cirurgiões pediátricos e 05 médicos residentes de cirurgia pediátrica, 08 médicos anesthesiologistas e 05 médicos residentes de anesthesiologia, 06 enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, presentes nos turnos manhã e tarde. No total de 54 profissionais.

Critérios de inclusão: os profissionais que atuam diretamente no processo cirúrgico da especialidade pediátrica.

Critérios de exclusão: Os profissionais da FSCMP das demais especialidades cirúrgicas e as pessoas que adentram no ambiente cirúrgico, e que não fazem parte da equipe de profissionais (docentes e discentes) de Instituições de Ensino Superior.

3.4. TÉCNICAS DE COLETA

A coleta de dados foi desenvolvida no período de agosto a setembro de 2015, através de contato com os profissionais: cirurgiões pediátricos, anesthesiologistas e residentes destas especialidades e equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) realizada em três momentos: Apresentação do tema, aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS nas cirurgias eletivas pediátricas e análise após aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS.

Primeiro momento: **Apresentação do tema.** Foi realizada através de reuniões com os grupos de profissionais, época em que a pesquisadora apresentou o objetivo da pesquisa com a demonstração do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS.

Estes encontros foram em dias separados para cada grupo de profissionais, considerando a melhor estratégia de contato com os mesmos.

Para os profissionais: médico cirurgiões pediátricos, médicos anesthesiologistas e médicos residentes dessas especialidades, a apresentação foi inclusa como pauta durante reunião semanal da residência médica, previamente agendada e autorizada pelos coordenadores das referidas residências. Utilizou-se a forma de apresentação oral através de *slide* do programa Power Point, exposto na sala de aula da residência médica da FSCMP, com uma duração de 15 minutos.

Para a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), foi programado e realizado em dois turnos: manhã e tarde, conforme diminuição do fluxo de cirurgias. A apresentação foi desenvolvida na sala de estar da equipe no próprio centro cirúrgico com a exposição do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS, utilizando o banner do Ministério da Saúde dessa instituição.

Após as apresentações com cada grupo descrito, foi aplicado o questionário de coleta de dados: Conhecimento sobre o *checklist* de “cirurgia segura” da OMS, (apêndice B),

juntamente com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

Segundo momento: **Aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS nas cirurgias eletivas pediátricas.** A aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS durante o processo cirúrgico seguindo as etapas dos tempos cirúrgicos preconizado pelo *checklist*, em cirurgias eletivas pediátricas. Considerando o total de cirurgias semanais realizadas por cirurgião de acordo com o cronograma do centro cirúrgico. O objetivo desse momento foi um exercício prático, através da aplicação do referido *checklist* pela pesquisadora.

Terceiro momento: **Análise após o período da aplicação das cirurgias:** Foi distribuído o questionário de coleta de dados com perguntas abertas e fechadas: Adesão e Sugestões (apêndice B), aplicado para todos os profissionais que participaram dos dois momentos anteriores, com uma abordagem individual da pesquisadora e o participante da pesquisa.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de acordo com Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil. A Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: Autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Todos os profissionais envolvidos no estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não existiram despesas pessoais aos informantes em qualquer fase desta pesquisa, que se constitui como estudo que foi autofinanciado. Os participantes foram, constantemente, informados que eram livres para participar ou não da pesquisa, bem como eram livres para a qualquer momento retirar seu consentimento ou interromper a participação. Sendo assim, a participação dos mesmos fora voluntária.

Para garantir a privacidade dos participantes da pesquisa utilizamos pseudônimos, sugerindo nomes de instrumentais cirúrgicos, considerando a linguagem do próprio cenário, tendo a concordância dos participantes, os quais relataram ser uma ideia a criativa.

O estudo foi realizado após a aprovação da Plataforma Brasil e Comitê de Ética Pública da FSCMP, conforme o protocolo: 4487815.2.0000.5171.

3.6. RISCOS E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa que envolve seres humanos, apresenta riscos, nesse sentido, foi realizada abordagem aos participantes tomando as devidas precauções para não causar qualquer constrangimento, como desconforto relacionado, por exemplo, com perda de tempo em participar das reuniões e/ou da avaliação e responder ao questionário.

Os beneficiários foram os usuários, em especial a população pediátrica, que são atendidos pela FSCMP, assim como aos profissionais do centro cirúrgico e a gestão, pois a aplicação da lista de verificação para segurança do paciente proporciona melhoria contínua dos processos de trabalho, oferecendo qualidade ao serviço e cumprimento de metas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3.7. PERCURSO ANALÍTICO

Os dados foram analisados de acordo com a abordagem quantitativa e qualitativa, sendo descritos, analisados e apresentados seus resultados distintos.

Na análise quantitativa foram abordadas as seguintes variáveis: tempo de serviço, categoria profissional, conhecimento do *checklist*, experiência com o *checklist*, importância atribuída ao *checklist* e viabilização do *checklist* na instituição. Caracterizando o perfil dos participantes deste estudo. Esses dados são apresentados em gráficos e tabelas e tabulados do programa Microsoft Excel.

A abordagem quantitativa na pesquisa metodológica é utilizada, segundo Alyrio (2008), nos casos em que se procura identificar quantitativamente o nível de conhecimento, as opiniões, as impressões, os hábitos, os comportamentos, quando se procura observar o alcance do tema, do ponto de vista do universo pesquisado, em relação a um produto, serviço, comunicação ou instituição. Para GERHARDT (2009), a pesquisa de abordagem quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

Na análise qualitativa foi utilizado o Método de Análise de Conteúdo. Bardin (2009, p.45) afirma:

A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Bardin (2009) considera a análise de conteúdo, atualmente, como um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas vão desde o cálculo de frequências, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos. É uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absorve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito - do não dito - retido por qualquer mensagem.

A análise de conteúdo possui três polos cronológicos que são: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento do material. Para o desenvolvimento do corpo de análise utilizamos os três polos cronológicos propostos por Bardin (2009). O primeiro momento foi a fase de organização dos dados propriamente dita. A pré-análise corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A atividade inicial, chamada de leitura “flutuante”, consistiu em estabelecer contato com os documentos a serem analisados e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Estando o universo demarcado, foi necessário proceder à constituição do corpus, que é o conjunto de documentos para serem submetidos a procedimentos analíticos, o que implica em atender as principais regras, como a da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

No segundo momento, realizamos a exploração do material, que se constituíram conjuntos diferenciados de informações e significações, através de Unidades de Registro. As Unidades de Registro foram construídas a partir do critério semântico, ou seja, categorias temáticas dos recortes dos depoimentos, possibilitando a elaboração e construção da categorização (BARDIN, 2009).

No terceiro momento, o tratamento dos resultados, que corresponde à inferência e à interpretação, caracterizou-se pela fase da reflexão, da intuição, com embasamento dos materiais empíricos. Procedemos à leitura e releitura de cada grupo, a classificação por temas

e a construção de categorias. Seguindo as etapas de desenvolvimento definidas nesse percurso analítico, emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

I. CATEGORIA: CORCORDÂNCIA COM O CHECKLIST

SUBCATEGORIA 1 - Evitar Erros no Processo Cirúrgico

SUBCATEGORIA 2 - Fornece Qualidade e Segurança ao Atendimento

II. CATEGORIA: VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST

SUBCATEGORIA 1 – Atenção ao paciente pediátrico

SUBCATEGORIA 2– Qualificação dos Profissionais

III. CATEGORIA: ADAPTAÇÃO DO CHECKLIST

SUBCATEGORIA 1- Informações relacionadas à primeira etapa do checklist de cirurgias seguras (IDENTIFICAÇÃO).

SUBCATEGORIAS 2- Informações relacionadas à segunda etapa do checklist de cirurgias seguras (CONFIRMAÇÃO).

SUBCATEGORIAS 3- Informações relacionadas à terceira etapa do checklist de cirurgias seguras (REGISTRO).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. ANÁLISE QUANTITATIVA

Essa etapa propõe apresentar o perfil dos profissionais que fizeram parte dessa pesquisa, no que se referem às variáveis definidas: tempo de serviço, categoria profissional, conhecimento do *checklist*, experiência com o *checklist*, importância atribuída ao *checklist* e viabilização do *checklist* na instituição.

O tratamento estatístico aplicado para as questões da 1ª parte do questionário, com vistas a aferir o conhecimento do *checklist* e se as respostas convergem para algum diferencial semântico em especial, foi a estatística descritiva dos dados.

A estatística descritiva, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permite que, dessa forma, se obtenha uma visão global da variação desses valores, organiza e descreve os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas (GUEDES, 2006).

A inferência estatística é um procedimento importante dentro da estatística por permitir que, a partir de uma amostra, possa se inferir sobre alguns parâmetros da população da qual ela provém, sempre dentro de uma confiabilidade expressa em probabilidade. O uso mais frequente da inferência é o teste de hipóteses, isto é, feita certa afirmação sobre uma característica da população pode-se testá-la se é verdadeira ou falsa. Para tanto são formuladas duas hipóteses, uma delas a afirmação é verdadeira (H_0), que pode ser validada ou não através do teste.

Os testes estatísticos são fundamentalmente utilizados em pesquisas que tem como objetivo comparar condições experimentais. Existe uma série de testes estatísticos que podem auxiliar as pesquisas. Os testes estatísticos fornecem um respaldo científico às pesquisas para que estas tenham validade e tenham aceitabilidade no meio científico. Os testes podem ser divididos em paramétricos e não paramétricos.

Conforme Callegari-Jacques (2009), nos testes paramétricos os valores da variável estudada devem ter distribuição normal ou aproximação normal. Já os testes não paramétricos, também chamados por testes de distribuição livre, não têm exigências quanto ao conhecimento da distribuição da variável na população.

Nesse estudo utilizou-se o Teste Qui-quadrado χ^2 , que é um teste não paramétrico, uma vez observado uma relação entre dois conjuntos de atributos em amostras, deseja-se determinar se é plausível concluir pela associação desses mesmos atributos na população de onde foram retiradas as amostras.

Ao se testar a significância de uma medida de associação, está-se na realidade testando a hipótese de nulidade (H_0) de que não existe associação na população, isto é, que o valor observado poderia ter ocorrido aleatoriamente entre as amostras mesmo que as populações não apresentam qualquer relação.

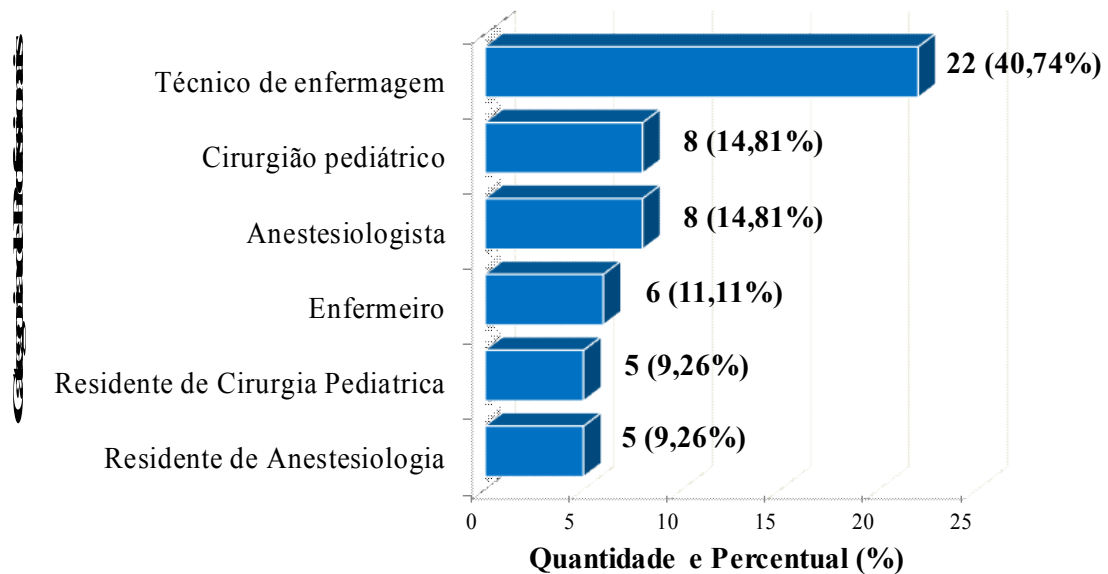
Para testar a hipótese de nulidade, determina-se a distribuição amostral da estatística, neste caso, a medida de associação, sob H_0 . Utiliza-se, então, uma prova estatística adequada para determinar, a um nível de significância pré-fixado, se o valor observado pela estatística considerada pode ter provavelmente ocorrido sob H_0 .

Para qualquer tabela de contingência $k \times r$ pode-se determinar a significância do grau de associação pelo teste de hipótese, determinando a probabilidade de ocorrência sob H_0 , de valores tão grandes quanto o valor observado. Se essa probabilidade não supera $\alpha = 0.05$ pode-se rejeitar a hipótese de nulidade H_0 , aquele nível. Se o qui-quadrado baseado nos valores amostrais é significativo, pode-se concluir que, na população, a associação entre os dois conjuntos é diferente de zero, ou seja, é significativa, não ocorre ao acaso.

4.1.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Observa-se na figura 1, que participaram da pesquisa 54 profissionais que atuam nas cirúrgicas pediátricas, sendo 08 (14,81%) médicos anesthesiologistas, 08 (14,81%) médicos cirurgiões pediátricos, 06 (11,11%) enfermeiros, 05 (9,26%) Residentes médicos Anesthesiologias, 05 (9,26%) Médicos Residentes de Cirurgia Pediátrica 05 (9,26%) e 22 (40,74%) Técnicos de enfermagem. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as diferentes categorias é estatisticamente significativa, pois o p-valor (0.0330) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%).

Figura 1: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa por categoria profissional. Belém-2016

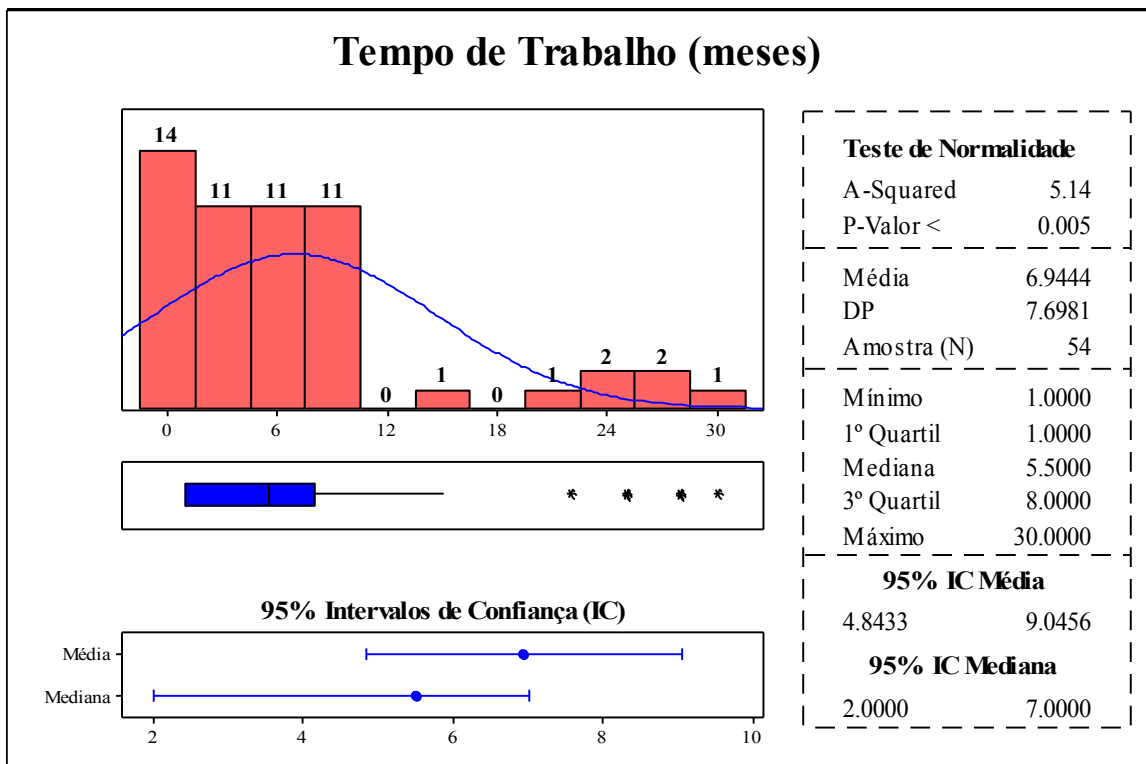


Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).
 Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.0330 < 0.05

Os profissionais técnicos de enfermagem são em maior número no centro cirúrgico considerando que os mesmos fazem parte de uma equipe de enfermagem a qual é fixa por turnos de trabalho diariamente, diferente das demais categorias de profissionais os quais possuem dias e horários específicos. Monteiro e Silva (2014), afirmam que as atividades desempenhadas no centro cirúrgico têm como característica o trabalho coletivo, representado por cirurgiões, anestesistas e em sua maioria por enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais.

A figura 2 mostra que 87,04% dos profissionais apresentaram de 1 a 10 anos de serviço. O tempo médio de serviço é de $6.94 \approx 7$ anos. A mediana mostra que 50% dos profissionais possui menos de 5 anos de serviço na FSCMP. O teste de normalidade aplicado indica que a distribuição entre as diferentes categorias não é distribuída normalmente, pois o p-valor (0.005) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%).

Figura 2: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa por tempo de serviço na Instituição. Belém – PA. 2016.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).

Os participantes do estudo constituíram uma população com pouco tempo de serviço na instituição FSCMP, pois a maioria são médicos residentes e técnicos de enfermagem, estes admitidos pelo último concurso público. Percebe-se que estes profissionais por terem pouco tempo na instituição estão aptos a qualificação de ações para a melhoria do serviço. Para Rissardo e Carreira (2014) é fundamental que o profissional no início de carreira saiba qual é a sua missão dentro da empresa, seus valores e quais são os objetivos que a empresa deseja alcançar, sendo o momento importante para qualificação.

Verifica-se na tabela 1 e na figura 3, que 51,85% (28 participantes) declararam já possuir conhecimento do *checklist* e quando questionados sobre a fonte de informação, afirmaram ter tido acesso ao instrumento por meio de artigos científicos, o que corresponde á 14,81%. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as diferentes categorias não é estatisticamente significativa, pois o p-valor (0.8918) é maior do que o nível de significância de 0.05 (5%).

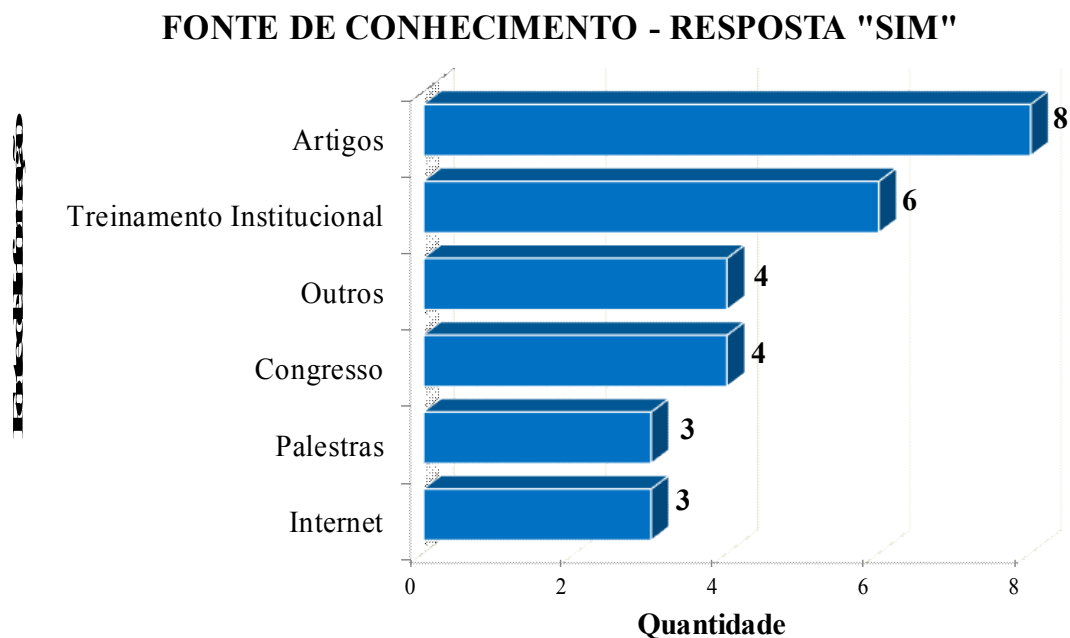
Tabela 3: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa sobre o conhecimento do checklist antes desta pesquisa. Belém – PA. 2015.

Conhecimento do <i>Checklist</i>	Quantidade	%
Sim	28	51,85
Não	26	48,15
Total	54	100%

Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).

Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.8918 > 0.05

Figura 3: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa, sobre o conhecimento do *checklist*, segundo a fonte de informação. Belém – PA. 2015.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).

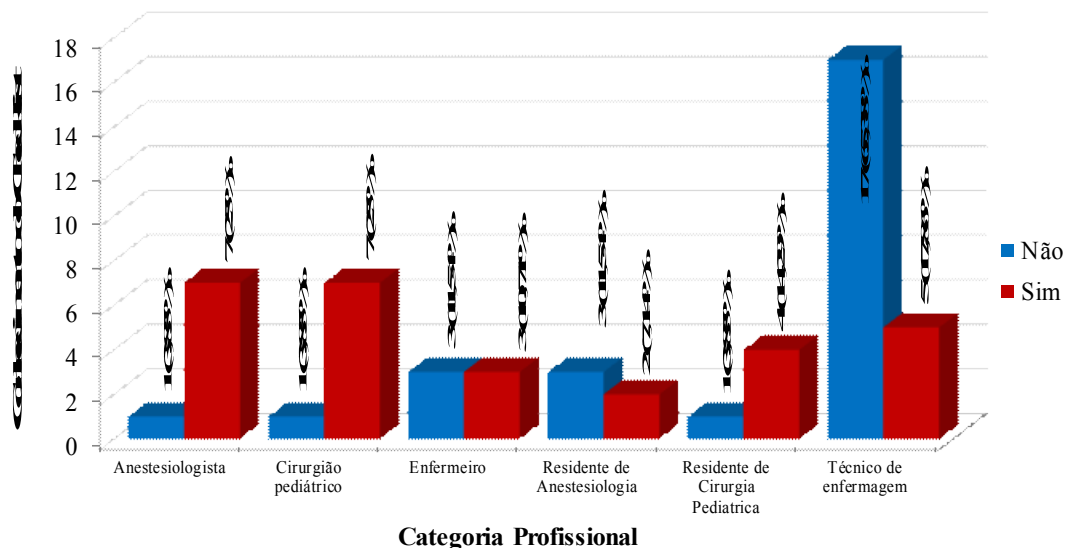
Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.8918 > 0.05

Percebe-se que a busca de conhecimento surge dos próprios profissionais e pode ser complementada com treinamentos institucionais. Para Rissardo e Carreira (2014), com o aumento da competitividade no trabalho e o avanço da tecnologia, os funcionários devem cada vez mais buscar atualizar-se e aperfeiçoar-se, através de cursos, estágios e treinamento para alcançar seus objetivos.

Na tabela e figura 4, relaciona-se a categoria profissional com o conhecimento do *checklist*, sendo Anestesiologistas (25%) e Cirurgiões (25%), que afirmaram ter conhecimento

sobre o *checklist*, e quanto aos participantes que disseram não ter conhecimento sobre o uso do *checklist* verificou-se que, 65,38% (17 entrevistados) são Técnicos de enfermagem, 11,54% Enfermeiros e 11,54% Residentes de Anestesiologia. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as categorias é estatisticamente significativa, para a distribuição da resposta *Não*, pois o p-valor (0.0000) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%). Para a distribuição da resposta *Sim* não há diferença significativa entre as categorias de profissionais, pois o p-valor (0.3110) é maior do que 0.05.

Figura 4: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa segundo o conhecimento sobre o *checklist*, por categoria profissional. Belém – PA. 2016.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).
 Teste Qui-quadrado: Resposta **NÃO** - p-valor = 0.0000 < 0.05
 Teste Qui-quadrado: Resposta **SIM** - p-valor = 0.3110 > 0.05

Nota-se que o conhecimento está voltado a duas categorias profissionais, anesthesiologistas e cirurgiões pediátricos, estes referem ter acesso às informações. Observa-se, no entanto, que as demais categorias apresentam a falta de conhecimento sobre o *checklist*, destacando-se os técnicos de enfermagem.

Dias et al. (2014), afirma que formar profissionais técnicos em enfermagem para o trabalho não é mais instrumentalizar mão de obra, e, sim, formar profissionais autônomos, críticos e competentes para atuar no campo da saúde que passa por constantes transformações.

Observa-se na tabela e figura 5 que apenas 29,63% (16 participantes) já vivenciaram do uso do *checklist* de “cirurgia segura”, sendo que a maioria dos participantes participou

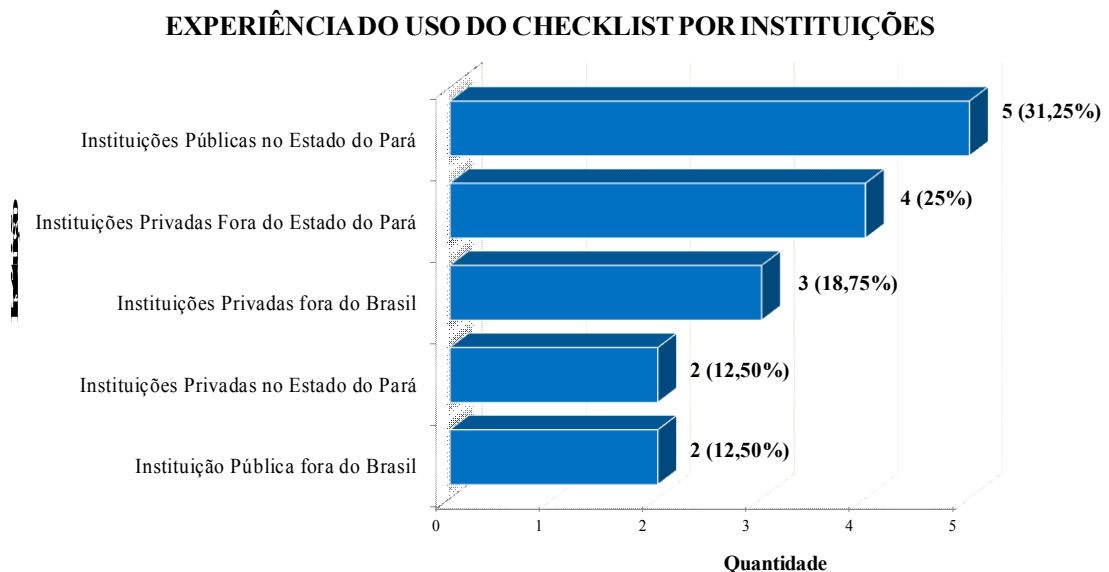
desta experiência em Instituições Privadas Fora do Estado do Pará (7,41%). Além disso, 70,37% dos participantes ainda não vivenciaram a experiência do uso do *checklist* em outras instituições. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as categorias é estatisticamente significativa, pois o p-valor (0.0023) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%).

Tabela 5: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa que vivenciaram ou não a experiência de participar do uso do *checklist* em outras instituições. Belém – PA. 2016.

Experiência com o Checklist	Quantidade	%
Não	38	70,37
Sim	16	29,63

Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).
Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.0023 < 0.05

Figura 5: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa que vivenciaram a experiência de participar do uso do *checklist* em outras instituições. Belém – PA. 2016.

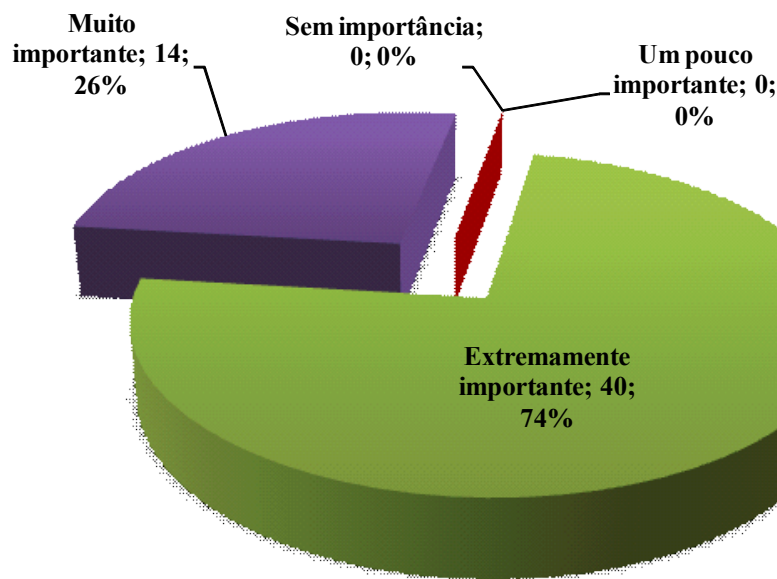


Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).

Verifica-se que a aplicação do *checklist* de “cirurgia segura ainda não é uma realidade no local de trabalho assim como nas instituições públicas do Estado”. Estes resultados divergem da pesquisa de Santos et al. (2014), pois os dados demonstram que 100% dos profissionais que participaram do estudo já tinham ouvido falar do *checklist*, porém 12,5% relataram não ter o domínio de todas as etapas e 87,5% informaram que tinham o conhecimento na íntegra de todas as etapas do instrumento.

Na figura 6, ao serem questionados sobre a importância da implantação do *checklist* verifica-se que 74,07% (40 participantes) atribuíram ser “extremamente importante” a implantação do *checklist* na instituição FSCMP e 25,93% (14 participantes) declararam ser “muito importante” a implantação do instrumento. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as categorias é estatisticamente significativa, para a distribuição das respostas, pois o p-valor (0.0007) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%).

Figura 6: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa, segundo a importância atribuída à Implantação do *Checklist*. Belém – PA. 2016.



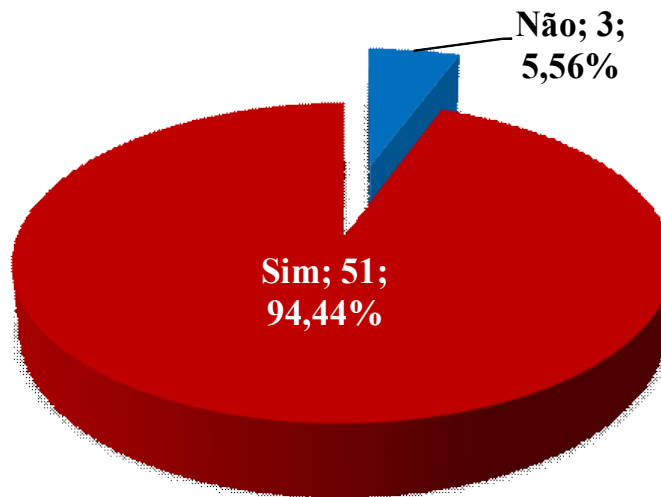
Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).
Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.0007 < 0.05

A população estudada demonstrou um elevado nível de importância à implantação do *Checklist*, valorizam e reconhecem a eficácia de ações em segurança nos procedimentos cirúrgicos. Para Gerardini (2006), o uso do *checklist* é de grande relevância na segurança do paciente e de grande interesse para a saúde pública, visto que toda e qualquer intervenção cirúrgica apresenta um risco inerente, sendo assim, é de suma importância o conhecimento técnico-científico para que se proporcione uma assistência adequada ao paciente cirúrgico. No estudo de Maziero (2012), os resultados apontaram que 81,8% dos profissionais consideraram a implantação do *checklist* extremamente importante para a segurança do paciente.

Observa-se na figura 7, que 100% (54 participantes) concordam com a implementação do *checklist* nos processos cirúrgicos da instituição FSCMP e 94,44% (51 participantes) acham viável a implantação do *checklist* para cirurgias pediátricas na instituição. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as categorias é estatisticamente significativa, para a

distribuição das respostas, pois o p-valor (0.0001) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%).

Figura 7: Distribuição de profissionais, segundo a viabilidade da implantação do *Checklist* nas cirurgias eletivas pediátricas. Belém – PA. 2016.



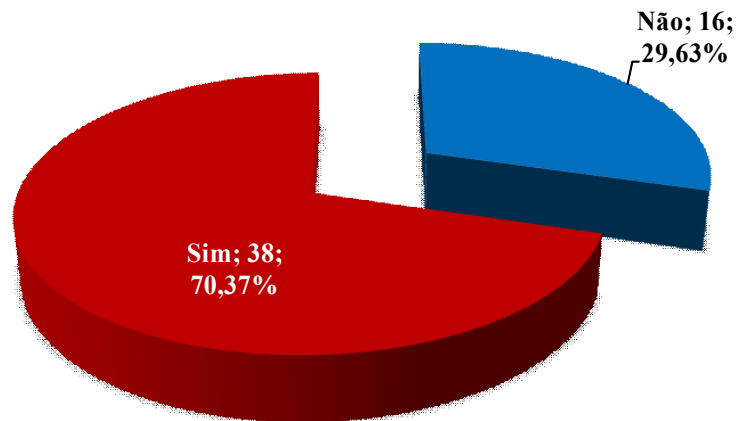
Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).
 Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.0001 < 0.05

Entende-se que este aspecto é positivo à implantação do instrumento, uma vez que os profissionais atribuem valor a este. A maioria acredita na viabilidade da implantação do checklist para cirurgias pediátricas na instituição, mostrando que os mesmos estão dispostos e aderidos ao processo de construção relacionado à segurança cirúrgica.

Em concordância com estes resultados, Martins e Carvalho (2014), mostram em seus estudos que 36 integrantes da equipe cirúrgica, que atuavam no Centro Cirúrgico da Instituição onde foi realizado a pesquisa, acreditam na eficácia da utilização do *checklist*. Estes resultados deixam evidente que é de extrema importância a necessidade da utilização de um instrumento ou mecanismo eficaz na prevenção de erros ou eventos adversos no hospital.

Na figura 8, quando questionados sobre a necessidade de adaptações no *checklist*, verifica-se que 70,37% (38 participantes) responderam sim e 29,63% (16 participantes) responderam não. O teste qui-quadrado indica que a diferença entre as categorias é estatisticamente significativa, para a distribuição das respostas, pois o p-valor (0.0043) é menor do que o nível de significância de 0.05 (5%).

Figura 8: Distribuição de profissionais participantes da pesquisa, segundo a necessidade de adaptação do *Checklist* nas cirurgias eletivas pediátricas. Belém – PA. 2016.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa. FSCMP (2016).
 Teste Qui-quadrado: p-valor = 0.0043 < 0.05

Observa-se que a partir do contato dos participantes ao *checklist* durante a pesquisa, os mesmos conseguiram avaliar o instrumento e sua aplicabilidade conforme a realidade da instituição, de forma muito positiva, porém declaram a necessidade de alterações, propondo adequações ao *checklist* do OMS.

Segundo Pancieri et al. (2014), pode-se afirmar que as normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do mundo e devem ser adaptadas de acordo com a realidade institucional.

4.2. ANÁLISE QUALITATIVA

Esta etapa propõe analisar e discutir os principais resultados apresentados nesta pesquisa, considerando as respostas dos profissionais de saúde participantes deste estudo. Utilizando a análise de conteúdo segundo Bardin, para a construção das categorias analíticas e através das unidades de registros (URs), emergiram três categorias: Concordância, Viabilidade da implantação e Adaptação do *checklist* da OMS. Seguindo as etapas de desenvolvimento já definidas no percurso analítico.

I. CATEGORIA: CONCORDÂNCIA COM O CHECKLIST

Nesta categoria buscou-se analisar os depoimentos que emergiram das respostas dos participantes quando questionados sobre a concordância que proporciona o *checklist* de cirurgia segura da OMS. Desta forma, através da análise qualitativa identificaram-se duas subcategorias com base nas Unidades de Registros, as quais foram: Evitar erros no processo cirúrgico e fornece qualidade e segurança.

SUBCATEGORIA 1 - Evitar Erros no Processo Cirúrgico

Nesta subcategoria, foram categorizadas (23 URs/54) correspondentes à temática evitar erros no processo cirúrgico, o que demonstra a concordância dos participantes em relação ao uso do *checklist* de cirurgia segura da OMS, sendo considerado um elemento-chave para a redução de erros. Tais respostas emergiram dos participantes, como pode ser observado nas falas seguintes:

Proporciona segurança tanto para o paciente como para a equipe cirúrgica, pois evita erros.

P-(Allis)

O checklist de cirurgias seguras é muito relevante, visto que possibilita a exclusão de erros evitáveis diante de um correto domínio da equipe cirúrgica sobre o caso de cada paciente, permitindo que toda a equipe saiba de maneira mais efetiva.

P-(Rugina)

Concordo plenamente. É fundamental para todos: equipe cirúrgica e principalmente para o paciente, por conta de evitar erros no processo assistencial e complicações no trans e pós-operatório.

P-(Dissectores)

Erros podem ser evitados checando itens importantes.

P-(Cautério)

Notou-se que os profissionais admitem que erros podem acontecer e percebem a necessidade de sistematizar a assistência durante o processo cirúrgico para evitar possíveis complicações aos pacientes. Observa-se que toda a equipe concorda com a utilização e acreditam na eficácia do instrumento relacionada à segurança do paciente.

A diminuição da morbidade e mortalidade e a segurança proporcionada com o uso do *checklist* também foram demonstradas em um estudo multicêntrico, realizado em oito

hospitais de oito países (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), num total de 3.955 cirurgias. A pesquisa também deixou evidente que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance dos usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados, visto que, nestes locais houve uma redução de 47% da mortalidade e as complicações, que eram em média 11%, agora são 7% (HAYNES et al., 2009).

SUBCATEGORIA 2 - Fornece Qualidade e Segurança ao Atendimento

As respostas dos profissionais nesta subcategoria (19 URs/54) deixa evidente que além de proporcionar a diminuição dos erros e complicações, a utilização do *checklist* também amplia a segurança para toda a equipe de profissionais envolvidos neste processo, além de melhorar a relação profissional e paciente e qualifica o serviço, como pode ser observado nas falas seguintes:

Devido ao fato de o protocolo trazer uma maior segurança aos profissionais de saúde com a revisão de itens imprescindíveis para garantir a qualidade do atendimento seguro ao paciente durante o ato cirúrgico.

P-(Mayo)

Pois proporciona total segurança no processo cirúrgico, fazendo com que sua equipe e paciente fiquem mais seguros, dando qualidade.

P-(Cânulas)

Pois traz mais segurança ao cliente e toda a equipe e o serviço fluem melhor

P-(Trocafer)

Neste contexto, a segurança do paciente cirúrgico é considerada componente crítico da qualidade do cuidado em saúde e constitui o Segundo Desafio Global para a Segurança da OMS. Para atender a este desafio, o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (PCSSV), tem como objetivo diminuir a morbimortalidade e elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde (ANVISA, 2013).

Semelhante aos resultados desta pesquisa foi verificado que na pesquisa realizada por Santos (2010), 100% dos profissionais reconheceram e compreenderam o objetivo central do *checklist*, que é a segurança do paciente validando a proposta da OMS de diminuir índices de morbidade e mortalidade por complicações no ato cirúrgico.

II. CATEGORIA: VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST

Considerando um dos objetivos deste estudo, que propôs avaliar a adesão dos profissionais, observa-se através dos resultados a operacionalização do instrumento como viável para garantir cirurgias seguras e implementar processos comunicativos efetivos. Decorrentes das unidades de registros encontradas nos relatos dos participantes: emergiram duas subcategorias: Atenção ao paciente pediátrico e Qualificação dos profissionais.

SUBCATEGORIA 1 – Atenção ao paciente pediátrico

Verifica-se que (20 URs/54) nesta subcategoria, deixaram evidente a preocupação relacionada a essa clientela, ser o paciente pediátrico, o qual é perfil da instituição deste estudo com uma grande demanda assistencial. Como pode ser observada a temática nas seguintes falas:

Viável, pois precisamos de protocolos na cirurgia pediátrica.

P-(Thompson)

Com certeza, devido o tipo de procedimento. Não vejo pontos negativos neste processo.

P-(Mixer)

Viável, principalmente para a pediatria, pois a criança é mais delicada e precisamos ter muita segurança para não ocorrer erros.

P-(Abadie)

As falas dos profissionais, nessa subcategoria, remetem ao fato de que a população pediátrica é caracterizada como vulnerável para a ocorrência de eventos adversos na área da saúde. É possível observar que a promoção de uma rotina de segurança do paciente, durante a hospitalização infantil, na visão dos profissionais, pode contribuir de maneira significativa para o alcance de resultados capazes de promover maior qualidade na assistência prestada, principalmente na pediatria.

A hospitalização da criança promove ansiedade capaz de modificar seu comportamento em razão do estresse e do medo, por isso é importante que o profissional tenha total segurança durante o procedimento (PIRES et al., 2013).

Alpendre (2014), afirma que um estudo realizado nas unidades cirúrgicas no período de 07 de março até 07 de maio de 2014 obteve-se 450 *checklists* preenchidos pelas enfermeiras participantes e os resultados mostraram que a especialidade cirúrgica que mais utiliza o *checklist* é a pediátrica.

Isso demonstra a viabilidade de implantação em qualquer instituição, pois as normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do planeta, disseminando a prática para as instituições no mundo todo (BRASIL, 2009).

SUBCATEGORIA 2– Qualificação dos Profissionais

Os resultados desta subcategoria (17 URs/54) mostram a necessidade do processo de treinamento institucional, embora concordem com a implantação e acreditem na viabilidade do *checklist* de cirurgias segura. Os profissionais apontam a capacitação como sendo importante para a efetividade do processo, como mostra as falas:

É um procedimento simples que aumenta a segurança do paciente. Basta treinamento e vontade.

P-(Finochietto)

Viável, mas precisamos ter capacitação.

P-(Pean)

Só depende da capacitação do profissional para reproduzir o mínimo.

P-(Kelly)

Verifica-se na opinião dos participantes que é possível qualificar o cuidado prestado e trazer benefícios para o paciente, através da capacitação dos profissionais, cujo treinamento institucional é fundamental para estimular e efetivar novas ferramentas de trabalho.

Os resultados, dessa subcategoria, estão em concordância com a pesquisa de Martins e Carvalho (2014), pois mostrou que, quanto à eficácia da utilização do *checklist*, a grande maioria dos profissionais (36 ou 92,3%) acreditam que o instrumento seja eficaz e viável, porém 03 deles (7,7%) declararam que é necessário que haja capacitação profissional.

Para implementação das ações para promoção da saúde, faz-se necessário a capacitação dos gestores e dos profissionais na discussão de mecanismos de gestão democráticos e flexíveis, com o objetivo de possibilitar a participação dos profissionais e dos usuários na gestão compartilhada e colegiada (SILVA et al., 2012).

A viabilidade de implantação do *checklist* foi mostrada também em estudos de vários hospitais, em muitos países, em todos os contextos econômicos, porém ainda percebemos dificuldades na implantação dessa ferramenta de segurança em hospitais de ensino, especialmente, no que se refere à aceitação da equipe cirúrgica (PANCIERI et al., 2013).

III. CATEGORIA: ADAPTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Esta categoria exigiu dos participantes que descrevessem sugestões relacionadas às três etapas do *checklist*, as quais são: **Identificação** “antes da indução anestésica”, **Confirmação** “antes da incisão cirúrgica” e **Registro** “antes de sair da sala”. Nem todos os participantes responderam a todas as etapas. Emergindo através das unidades de registros três subcategorias voltadas para as três fases do *checklist* aplicado, em que os participantes apontaram possibilidades de adaptações do *checklist* de cirurgias segura da OMS, baseado em suas experiências e realidade da instituição.

SUBCATEGORIA 1. Informações relacionadas á primeira etapa do checklist de cirurgias segura (IDENTIFICAÇÃO).

Nesta subcategoria os profissionais apontaram informações relevantes para checagem no centro cirúrgico seguindo a primeira fase do checklist “antes da indução anestésica”. Foi registrado um total 34 URs/54. Identificam-se nesta etapa, três sugestões relacionadas ao: peso, confirmação do jejum e a identificação do paciente por pulseirinha. Veja algumas falas:

Falta checar peso para o planejamento anestésico.

P-(Kocher)

Necessidade de checar o peso em criança principalmente.

P-(Taylor)

Checagem do peso e confirmação de jejum.

P-(Redutores)

Observa-se durante a pesquisa que as equipes de profissionais no centro cirúrgico, possuem uma grande preocupação na conferência do peso, principalmente nas cirurgias pediátricas, pois existe na instituição uma demanda de cirurgias em neonatos, onde o peso é

base de todo um planejamento de segurança para execução do procedimento cirúrgico. Os profissionais apontam como imprescindível essa informação no *checklist*.

De acordo com Lopes e Galvão (2010), os fatores de risco identificados e as orientações dadas ao paciente no período pré-operatório devem ser registrados e documentados e essas pesquisadoras, por meio de revisão da literatura, identificaram que o peso é um dos principais fatores de risco no paciente cirúrgico.

Schwartzman Up et al. (2011), afirmam que o peso é muito importante para o cálculo de doses de medicamentos, principalmente na anestesia pediátrica, já em pacientes muito obesos podem apresentar problemas durante anestesia, pois exigem ajuste da dose dos medicamentos e anestésicos, além de poderem impor dificuldade no manuseio da via aérea. Pacientes muito emagrecidos podem apresentar desnutrição ou anemia e estão sob maior risco de lesões durante o posicionamento para cirurgia.

Na visão dos participantes, a checagem do jejum também é um item importante, apesar de ser um cuidado no pré-operatório antes de chegar ao centro cirúrgico, faz-se necessário a confirmação do jejum, pois se trata de cirurgias eletivas e que está entre os fatores que podem provocar complicações durante o procedimento cirúrgico.

Confirmação novamente do jejum, pois em criança é bem complicado, às vezes a mãe por não conhecer, não diz que alimentou a criança, até porque fica com dó ao vê seu filho com fome.

P-(Cabo de bisturi)

Confirmar melhor o jejum.

P (Volkman)

Confirmar jejum novamente é imprescindível principalmente com paciente pediátrico.

P-(Abadie)

Verifica-se que os profissionais são atentos à confirmação do jejum antes da indução anestésica, principalmente quando se trata de paciente pediátrico, observando o cuidado para checar este item várias vezes com o responsável da criança.

Alpendre (2014) ressalta que no período pré-operatório itens importantes devem ser checados e cuidados específicos devem ser realizados, pois corroboram com a segurança do paciente na prevenção do risco de aspiração ou dificuldade em manter as vias aéreas permeáveis (observação de jejum e ausência de próteses).

Estes dados estão em concordância com os resultados da pesquisa de Moreira (2013), pois o item de verificação do jejum mínimo de 8 horas foi preenchido por 93,78% dos profissionais, caracterizando um item que sempre deve ser confirmado.

Em relação à identificação do paciente por pulseirinha, apesar de ser uma estratégia de identificação já adotada em muitas instituições e preconizada pelo MS, os participantes relataram a necessidade emergencial da implantação na instituição deste estudo, pois ainda não é a realidade encontrada. A checagem é feita, no momento, através do prontuário e a confirmação verbalmente com o paciente ou responsável. Os profissionais acreditam que o uso da pulseirinha evitaria erros e proporcionaria maior segurança para os pacientes.

Implantação das pulseirinhas (identificação é uma necessidade do serviço)
P-(Espátula)

Identificar o nome da criança só com pulseirinhas melhora a comunicação também.
P-(Kelly)

Sabe-se que este item corresponde ao quesito segurança relacionado ao período pré-indução anestésica. No caso de cirurgias pediátricas, deve-se levar em consideração o tipo de paciente, sendo crianças, portanto não é possível confirmar verbalmente com o paciente a sua identidade, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e o documento com a assinatura do seu consentimento para a cirurgia, mas sim com o seu responsável legal, por isso é de extrema importância, segundo os profissionais, a identificação desse paciente com pulseiras.

Segundo a OMS (2009), esta etapa consiste na verificação do paciente e que, portanto todos os profissionais envolvidos no procedimento devem participar. Na pesquisa de Maziero (2013), verifica-se que 85% dos pacientes foram identificados com a pulseira e o item foi confirmado na unidade de origem do paciente e 100% dos pacientes foram confirmados na recepção do centro cirúrgico, porém não em voz alta.

SUBCATEGORIA 2 - Informações relacionadas à segunda etapa do *checklist* de cirurgias segura (CONFIRMAÇÃO).

Nesta subcategoria os participantes apontaram alterações relacionadas à segunda etapa do *checklist* (confirmação) “Antes da incisão cirúrgica”. Foram registrados 15 URs/54, sendo analisados os seguintes itens: apresentação dos membros da equipe, a checagem de materiais específicos e a definição do tempo cirúrgico previsto. Vejam as falas dos participantes:

Confirmar se todos da equipe estão presentes, não precisa, na minha opinião falar os nomes.

P-(Kocher)

Não precisa a equipe se apresentar, todos se conhecem, tem que ser mais sucinto.

P-(Foerster)

A apresentação da equipe de cirurgia faz parte da segunda etapa do *checklist*, caracteriza pelo momento em que todos os membros da equipe apresentam-se pelo nome na sala de cirurgia, antes da incisão cirúrgica do paciente, porém de acordo com as falas dos participantes esse momento seria apenas checado a presença da equipe na sala de cirurgia, se todos estão prontos e presentes para iniciar o procedimento, pois acreditam que impor, não resolve, compromete a efetividade, além de afirmarem também que na maioria dos casos os membros das equipes já se conhecem dispensando então as apresentações.

Embora essa questão seja divergente de um item do *checklist* preconizado pelo MS, confirmar a presença dos membros da equipe já demonstra uma sensibilização do processo voltado à segurança cirúrgica, demonstrando que a cultura de segurança começa a ser implantada.

O estudo Mazieiro (2013), mostra que pontos importantes, como a apresentação da equipe, pausa cirúrgica e contagem do material, não foram observados. Pesquisadores, membros do Grupo de Estudos sobre Segurança do Paciente da OMS colocam que a lista de verificação consiste na confirmação oral pela equipe de cirurgia dos itens básicos para uma cirurgia segura e essa prática deve ter aderência de todos (HAYNES et al., 2009). Deste modo, a confirmação pode ser efetiva.

A aplicação do *checklist* em 40.000 cirurgias de um hospital universitário da França mostrou que os profissionais têm dificuldade em compartilhar informações, porém não adianta impor protocolo, os profissionais deverão ser envolvidos (PANCIERI et al., 2013).

Outro ponto importante relatado pelos profissionais refere à confirmação do material específico nesta etapa do *checklist*. Neste momento o paciente já está anestesiado, na visão dos participantes deveria ser checado este item na primeira etapa do *checklist*. Conforme pode ser percebido nas falas:

Checar o material específico que será utilizado antes da anestesia e não nesta etapa.

P-(Thompson)

Conferir o material com kit de cirurgia específico antes de anestesiado o paciente.

P-(Kelly)

Nota-se, uma preocupação dos profissionais em relação à conferência e a checagem de materiais antes da anestesia do paciente, ou seja, na prática a checagem destes itens é realizada na primeira etapa do *checklist*, evitando possíveis erros por problemas ou até mesmo pela ausência do material específico antes do paciente ser submetido ao procedimento anestésico.

Esses questionamentos concordam com a pesquisa de Filho et. al, (2013), em que ao avaliar a ocorrência de erros dentre os profissionais, nota-se que (39,6%) referiram ter vivenciado algum erro dentro de sua prática nos últimos seis meses. Esses incidentes vivenciados nos centros cirúrgicos estiveram, em sua maior parte, relacionados a problemas com material incompleto ou danificados e que 69,5% relataram conferir o material e o funcionamento dos equipamentos da sala antes da anestesia.

Os participantes também apontam a importância da definição do tempo de cirurgia pelo cirurgião na primeira etapa do *checklist*. Relatado nas falas:

Devem vir antes da indução anestésica, tempo de cirurgia previsto.

P-(Thompson)

Pois na primeira etapa é preciso mais atenção, na rotina o tempo de cirurgia geralmente é definido na primeira etapa também.

P-(Bico de aspirador)

Checar o tempo de cirurgia na primeira etapa desta lista, pois precisa definir o plano anestésico.

P-(Finochietto).

Observa-se que os participantes desta pesquisa apontam que na prática o tempo de cirurgia está diretamente relacionado com o plano anestésico, sendo definido como tempo previsto antes da indução anestésica.

Sancho e Carvalho (2013), afirmam que a duração da anestesia varia devido ao tempo de duração da operação, do mesmo modo que o nível anestésico com a complexidade e a duração da cirurgia e, como cada organismo reage de modo diferente aos anestésicos, mesmo se tratando de cirurgias do mesmo porte. Na pesquisa de LAURENCEL (2013), a duração do ato cirúrgico das 48 cirurgias levantadas, houve concordância entre o tempo cirúrgico estimado pelo cirurgião e o tempo real gasto no procedimento.

SUBCATEGORIA 3 - Informações relacionadas à terceira etapa do *checklist* de cirurgias segura (REGISTRO).

Esta etapa deve ser verificada e preenchida antes que o paciente deixe a sala cirúrgica, na visão dos participantes e através das 8URs/54 que apontam para a temática da necessidade de complementar o fechamento do checklist com a assinatura os membros das equipes que participou do processo cirúrgico, como observadas nas falas dos participantes:

Assinatura no final do checklist: circulante, instrumentador, cirurgião, anestesista e enfermeiro.

P-(Kocher)

Bom que todos os profissionais que participaram assinassem o checklist.

P-(Taylor)

Verifica-se que essa é uma sugestão importante, visto que os itens interessam a toda a equipe e envolvem a comunicação entre os profissionais, pois todos os membros responsabilizam-se pelo cuidado seguro prestado. O trabalho em equipe é uma das formas que mais tem contribuído para a qualidade nas instituições, sendo considerado o impulsor de transformações (SOUZA; CAMPOS; RAMOS, 2001).

Aplicação da lista de verificação e o comprometimento da equipe são apontados em vários estudos e os pesquisadores colocam como solução a educação, as quebras de paradigma, como a hierarquia do cirurgião, melhorias no sistema de comunicação e a mudança cultural (GAWANDE, 2011; MAKARY *et al.*, 2006; SORIA-ALEDO *et al.*, 2012; FRAGATA, 2010).

5 CONCLUSÃO

O estudo revelou a necessidade dos profissionais envolvidos nas cirurgias pediátricas avaliarem e aplicarem uma ferramenta recomendada pelo Ministério da Saúde o “*checklist* de cirurgia segura da OMS”, que contempla o protocolo de cirurgia segura mediante a sua própria realidade e de suas experiências e, também, observando lacunas que possam interferir no processo de implantação, além de subsidiar, por meio dos resultados, uma lista de verificação cirúrgica que possa assegurar sua efetividade, já que a equipe de profissionais participou do processo de construção e contribuiu para sua continuidade, com vistas a excelência na segurança do paciente cirúrgico.

No primeiro momento foi imprescindível identificação do perfil dos profissionais que participaram da pesquisa, uma vez que corroborou para o alcance dos objetivos relacionados, a identificação do conhecimento e adesão dos profissionais sobre o *checklist*. Entre os profissionais, os técnicos de enfermagem foram os que mostraram uma maior necessidade de conhecimento voltado ao tema deste estudo, pois é a categoria que apresenta maior quantitativo no centro cirúrgico e fazem parte do processo cirúrgico não somente das cirurgias pediátricas como de todas as demais especialidades cirúrgicas. Deve-se considerar, que a capacitação, em especial destes profissionais é essencial para implementação do *checklist*.

A adesão ao *checklist* pela equipe de profissionais de saúde que participam das cirurgias pediátricas foi evidenciada pela classificação do uso da lista como de extrema importância para que o procedimento cirúrgico transcorra com o mínimo de erros e complicações, assim como acreditam na viabilidade da implantação do instrumento na instituição.

Durante a aplicação da pesquisa, observou-se que os profissionais possuem uma atenção relacionada à temperatura da sala de cirurgia antes da indução anestésica, principalmente quando se trata de pacientes neonatos, pois já se tornou rotina do serviço manter a sala de cirurgia mais aquecida, além do uso do colchão térmico para o controle de temperatura corporal do paciente. Este cuidado caracteriza-se como um importante ponto a ser checado, pois está diretamente relacionado à prevenção de hipotermia e, portanto, a segurança no processo cirúrgico.

Observou-se também que, ao final da cirurgia, já ocorre no serviço a checagem de mudança de procedimento cirúrgico, fato que muitas vezes acontece por alguma falha no pré-

operatório envolvendo cirurgias eletivas, portanto sugere-se a inclusão desta observação na terceira parte do *checklist* de cirurgia segura.

As limitações deste estudo passam pela falta de ampliação para as outras especialidades cirúrgicas existentes na instituição, bem como identificar a visão dos demais profissionais e suas contribuições no processo de implantação do *checklist* da OMS.

A OMS orienta e indica mudanças na estrutura do *checklist* e que esse seja moldado à realidade de cada instituição. Nesse sentido e com base nas respostas dos profissionais, assim como pelas experiências e observações durante esta pesquisa, o *checklist* foi adaptado de forma que sua implementação possa ser realizada na instituição, pois não basta impor o protocolo, é preciso que os profissionais percebam o valor do uso da ferramenta, para que de fato possa torna-se efetiva.

O produto deste estudo foi a adaptação do *checklist* de cirurgia segura da OMS, através da avaliação e aplicação pela equipe de profissionais nas cirurgias pediátricas (apêndice D), como proposta de sugestão para inclusão no protocolo de cirurgia segura dessa instituição, podendo ser utilizado em outras especialidades cirúrgicas, uma vez que a maior parte da equipe de profissionais foi envolvida durante a prática assistencial no processo de construção.

Este produto segue ao preconizado pelo OMS, muitos itens foram preservados, no sentido de manter a eficácia da segurança do paciente. Sugere-se que o cabeçalho deste *checklist* adaptado, seja preenchido durante a visita pré-operatória do enfermeiro já instituído pela instituição em estudo e em seguida anexado ao prontuário do paciente, as demais etapas checadas no centro cirúrgico, seguindo as etapas do instrumento: Identificação, Confirmação e Registro. Sendo que a primeira etapa divide-se em dois momentos: checagem na sala de espera do centro cirúrgico e em sala de cirurgia, porém os dados checados na sala de espera do centro cirúrgico serão compartilhados com a equipe de profissionais.

Outro ponto relevante é o norteamiento do *checklist* para notificar dados, como eventos adversos ao paciente, problemas com equipamentos e materiais ocorridos em sala de cirurgia, registrando tais informações no campo de observações na etapa de registro o que corrobora com a análise e gestão de risco da instituição.

A contribuição deste produto para o serviço esta relacionada á possibilidade de melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes pediátricos cirúrgicos, a sensibilização da equipe de profissionais relacionada com a cultura de segurança do paciente e o cumprimento de metas estabelecidas pelo mistério da saúde por meio da efetivação do protocolo de cirurgia segura.

O checklist adaptado foi testado durante uma cirurgia eletiva no centro cirúrgico pediátrico da FSCMP tendo a aprovação dos profissionais presentes, sendo posteriormente encaminhado para o setor de qualidade e para comitê de segurança do paciente com posterior padronização e implantação na instituição. Ressalto nesse sentido, a importância da integração ensino e serviço possibilitado pelo mestrado profissional, com pesquisas de produtos aplicáveis que possam contribuir no cenário da prática assistencial.

Os objetivos deste estudo foram alcançados, sobretudo pelo envolvimento da equipe de profissionais que participam das cirurgias pediátricas, deixando um produto, talvez não tão surpreendente como algo novo, mas uma ferramenta avaliada, no sentido da efetividade, pois muitas vezes é evidente que não se trata da falta de instrumentos e sim da aplicabilidade dos mesmos nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALPENDRE, F. T. **Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Florianópolis, 2014.
- ARAUJO, R. P.; DOS SANTOS, N.; MAFRA, W. J. Gestão da segurança e saúde do trabalho. In: III SEGET – SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, n. 3, 2006, rio de Janeiro. **Anais SEGET**. Rio de Janeiro: 2006. 10p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BORDIGNON, M. et al. Satisfação profissional e a qualidade na assistência em oncologia: um olhar dos trabalhadores da saúde. **Revista de pesquisa e cuidado é fundamental online**. p. **2383-2392**, 2015. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3895/pdf_1551, acesso em: 25 nov. 2015.
- BRAGA, A. A.; OLIVEIRA, C. M.; SIENA, T. M. Fatores e aspectos que impactam o trabalho em equipe. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, v. 3, n. 3, p. 50-65, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
- _____. Agência Nacional Vigilância Sanitária. **Protocolo de Cirurgias Seguras**. Anexo 03. Brasília, 2013.p. 5-8.
- _____. Agência Nacional Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, v1, jan-jul. 2011.
- _____. Agência Nacional Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, MS, 2013.p. 48-53.
- _____. Ministério da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- _____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, Diário Oficial da União. PUB 02/04/2013. Nº 63, Seção 1, p. 43.
- _____. Ministério da Saúde. **Uma Reflexão Teórica Aplicada à prática**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.
- BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/viewFile/1573/843>. Acesso em: 05 out. 2015.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. São Paulo: Artmed, 2009.

CAPUCHO, H. C. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso. **Rev Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 5, p. 1272-3, set-out. 2011.

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: Instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enfermagem da UERJ**. v. 19, n 2. P. 204-11. Abr/jun. 2011.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. Erro Médico em Pacientes Hospitalizados. **J. editar Porto Alegre**, v.78, n.4, p.261-268, 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04.pdf. Acesso em: 26 fev. 2015.

CASSIANI, S. H. B. et al. **Hospitais e Medicamentos: impacto na segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2010.

CROTI, U. A.; JENKINS, K. J.; BRAILE, D. M. *Checklist* in pediatric cardiac surgery in Brazil: an useful and necessary adaptation of the Quality Improvement Collaborative International Congenital Heart Surgery in Developing Countries. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 26(3): p.511-5, jul/set. 2011.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II, 2008.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 422-4, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 08 jun. 2015.

FRAGA, M. C. G. et al. **Cuidados de Enfermagem na Unidade de Internação Pediátrica: Reflexões sobre a segurança do paciente**. In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA, n. 9, 2015. Cachoeirinha: CESUCA, 2015. p. 2317-5915.

DIAS, R. A. et al. O ensino por competências na educação do profissional técnico de nível médio em enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3 p. 883-890- , set/dez. 2013.

DONABEDIAN, A. The criteria and standards of quality. Vol 2: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1982.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. **Rev Col Bras Cir**. n.36 . p. 281-2, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000400001>, acesso em 27 jul. 2015.

FREITAS, 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. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30. p. 137-148, jan. 2014.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. Esc. Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 573-579, 2013.

GERHARDT, E. T.; SILVEIRA, T. D. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GOMES, R. et al. The Polisemy of Clinical Governance: a review of literature. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2431-2439, ago. 2015.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 347-54, abr/jun. 2011.

GUEDES, T. A.; MARTINS, A. B. T. Estatística descritiva. **Projeto de pesquisa**. v. 20, 2006.

GUESSER, J. C. et al. **Incidentes durante o transporte intra-hospitalar de pacientes em estado crítico da emergência para a UTI**. Florianópolis, 2014. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GUIMARÃES, L. M. C. B. **Cultura de segurança do doente pediátrico num centro hospitalar da zona norte**. Viseu, 2015. 163f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - [Unidade de Enfermagem da Criança e do Adolescente, Escalo de Educação Superior de Viseu](#), Viseu 2015.

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

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-48, dez. 2015.

JORGE, B.; SALETE, M. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 256, jun/dez. 2007.

JUNIOR, O. et al. **Segurança do paciente: o checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial**. Porto Alegre, 2015. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre 2015.

KALSING, R. M. K.. **A percepção da equipe de enfermagem frente à notificação de eventos adversos**. Lajeado, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de graduação em Enfermagem) – Centro Universitário UNIVANTES, Lajeado, 2012.

KOHN, L. T.; CORRIGANJ, M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System** Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

LAURENCEL, S. M. et al. Otimização das cirurgias em um hospital universitário: avaliação do tempo entre o período pré-anestésico e o momento da incisão cirúrgica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 2, abr/jun. 2015.

LEAPE, L. L.; SHORE, M. F.; DIENSTAG, J. L., et al., A Culture of respect: II. Creating a culture of respect. **Acad. Med.**, v. 87, p. 853-858, jul. 2012.

LIMA, B. G. C.. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 9, jan./jun. 2014.

LIMA, C. S. P. **Avaliação do sistema informatizado de indicadores de qualidade em enfermagem para unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MALAGUTTI, BONFIM. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. São Paulo: Martinari, 2009.

MARTINS, C. S.; CARVALHO, R. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2014.

MAZIERO, E. C. S. **Avaliação da implantação do programa cirurgia segura em um hospital de ensino**. Curitiba, 2012. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraná, Curitiba, 2012.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 16-22, jan./fev. 2016.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MODESTO, A. C. F. **Reações adversas a medicamentos e a farmacovigilância: conhecimentos e condutas de profissionais de saúde de um hospital da rede sentinela**. Goiânia, 2014. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ensino e Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

MONTEIRO, F.; SILVA, L. R. “Checklist” Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 4, p. 482-485, dez. 2014.

MORGAN, Pamela J. et al. Surgical safety checklist: implementation in an ambulatory surgical facility. **Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie**, v. 60, n. 6, p. 528-538, 2013.

MOTTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48, n. 6, p. 554-562, out. 2013.

NAIDITCHF, F. Pesquisa-ação. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. *DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**. v.20, n.2, p.625-651. 2010.

PANCIERI, A. P. et al. *Checklist* de cirurgia segura: Análise da Segurança e Comunicação das Equipes de um Hospital Escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.1, p. 71-78, mar. 2013.

PIRES M. P.O et al. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de *checklist* de intervenções pré-operatórias. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 5, p.1080-1087, set.-out. 2013.

PONTES, E. P.; GONÇALVES, R. M. **As expectativas da melhoria da qualidade da assistência em unidades de terapia intensiva neonatal do estado de Minas Gerais**, no Sistema Único de Saúde, obtidas a partir da capacitação profissional. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. 2012. Disponível em: http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/622/1/C5_TP_AS%20EXPECTATIVAS%20DA%20MELHORIA%20DA%20QUALIDADE.pdf. Acesso em 05 mai 2015.

PORTO, K. L. H. A segurança do paciente na Utilização do *Checklist*. **Rev. de Enfermagem**. v.17, n 2, Mai/jun.2014.

REASON, J. Safety in the operating theatre – part 2: Human error and organizational failure. **Qual Saf Health Care**. 2005. v.14, n. 1, p. 56-61, 2005.

REIS, T.C, LAGUARDIA. J. MARTINS. M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Surveyon Patient Safety Culture: Etapa Inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 11, p.2199-2210, nov. 2012.

RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 72-79, out. 2014.

ROSCANI, A. N. C. P. et al. Validation of surgical checklist to prevent surgical site infection. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 553-565, nov./dez. 2015.

SANTOS, B. P. **Cirurgias seguras salvam vidas: aplicação e avaliação do checklist sugerido pela OMS em cirurgias infantis de um hospital escola**. Butucatu, 2010. 37f Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Butucatu, Universidade Federal Paulista, Butucatu, 2010.

SANCHO, A. C. C. M.; CARVALHO, R. Avaliação e intervenções relacionadas à dor em crianças na sala de recuperação anestésica. **Revista Dor**, v. 14, n. 1, p. 31-34, jan./mar. 2013.

SIQUEIRA, A. B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arq. med. ABC*, v. 31, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2006.

TEIXEIRA, E. **As três preocupações com os trabalhos acadêmicos**. Disponível em: <http://www.astresmetodologias.com.br>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Et al. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS**. Relatório Final. Disponível em: <http://docplayer.com.br/7419116-Qualidade-de-servicos-de-saude-no-sus-relatorio-final.html>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: Uma Introdução Metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 26 fev. 2015.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, jun. 2005.

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

VIDAS **Cirurgia Segura Salva**. Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Disponível em : < <http://www.spot.pt/media/39439/orientacao-da-oms-para-cirurgia-segura-2009.pdf> >. Acesso em: 08 ago. 2015.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WHO World Health Organization. **Checklists save lives**. *Bull World Health Organ*. v.86, n. 7, p.501-2, mes. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

XIMENES, L. S. C. **Avaliação do protocolo de cirurgia segura em neurocirurgias pediátricas**. Belém, 2014. 81f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Saúde) – Programa de Pós-graduação em Gestão e Serviços de Saúde da Amazônia, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, 2014.

APÊNDICES



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE NA
AMAZÔNIA

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do projeto: *CHECKLIST* DE “CIRURGIA SEGURA” DA OMS: Uma avaliação e adaptação pela equipe de profissionais nas cirurgias pediátricas.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo adaptar o *checklist* de “cirurgia segura” da OMS para as cirurgias pediátricas mediante a avaliação da aplicação pela equipe de profissionais que atuam no centro cirúrgico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), com a participação dos profissionais: cirurgiões pediátricos e residentes, anesthesiologista e residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que participarão das cirurgias desta especialidade. Convidamos você a participar desta pesquisa a qual se dará em três momentos: você será convidado a participar de uma apresentação do objeto do estudo sobre o *Checklist* de “cirurgia segura” da OMS, posteriormente será aplicado o *Checklist* de “cirurgia segura” da OMS pela pesquisadora durante a cirurgia e no terceiro momento você irá responder a um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Caso não saiba responder ao questionário ou lhe provocar constrangimento, você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa ou solicitar esclarecimento da pesquisadora a respeito. Para evitar preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e guardadas por cinco anos. No entanto, na divulgação dos resultados seu nome não irá aparecer, pois usaremos um código.

Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos, publicações em revistas e outro meio de comunicação. Sua participação na pesquisa é muito importante, pois trará benefício aos usuários referente à segurança do paciente. Nesta pesquisa, aparentemente, não será feito nenhum procedimento que lhe cause prejuízo, no entanto, há possibilidade de riscos mínimos como desconforto relacionado, por exemplo, com perda de tempo em participar da avaliação e responder o questionário. Nesse caso, é garantida a liberdade da

retirada do consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recursos próprios. Não havendo nenhum pagamento por sua participação. A pesquisa foi submetida para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com os responsáveis pela pesquisa:

Maria Alves Belém, COREN: 89926 (Mestranda do curso de mestrado gestão em serviços de saúde- FSCMP) endereço: Psg. Independência nº 91 Bairro: Umarizal. Fone: (091) 99984-4334 se tiver qualquer dúvida com relação aos seus direitos.

Assinatura e carimbo da pesquisadora

Como orientadora deste projeto a Dra **Maria Elizabete de Castro Rassy**, enfermeira professora da Universidade Estadual do Pará.

Assinatura e carimbo da orientadora

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que li o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa em questão. Discuti com os pesquisadores minha decisão em participar me comprometi a responder o formulário. Ficou claro para mim os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Concordo voluntariamente participar desse estudo assinando este termo em duas cópias e rubricando todas as demais, junto com o pesquisador.

Belém, ____ de _____ de 2015.

Participante da pesquisa



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE NA
AMAZÔNIA

APÊNDICE B

Parte 1: Questionário de Conhecimento: Antes da aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS.

1. IDENTIFICAÇÃO

Categoria Profissional:

Cirurgião Pediátrico () Residente de Cirurgia pediátrica ()
 Anestesiologista () Residente de Anestesiologia ()
 Enfermeiro () Técnico de enfermagem ()

Tempo de trabalho neste Centro Cirúrgico: _____

2. PERGUNTAS

2.1. Você já tinha conhecimento do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS, antes da apresentação nesta pesquisa?

Sim () Não ()

2.2. Se sim, qual foi a fonte de informação ?

Internet ()
 Palestras ()
 Artigos ()
 Congresso ()
 Treinamento institucional ()
 Outros ()

2.3. Você já vivenciou a “experiência de participar em outras instituições do uso do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS durante o procedimento cirúrgico?

Sim () Não ()

2.3.1. Se sim, identifique abaixo ?

Instituições Públicas no Estado do Pará ()
 Instituições Privadas no Estado do Pará ()
 Instituição Pública fora do Estado do Pará ()
 Instituições Privadas fora do Estado do Pará ()
 Instituição Pública fora do Brasil ()
 Instituições Privadas fora do Brasil ()

Parte 2: Questionário de Coleta de Dados: Após a aplicação do *checklist* de “cirurgia segura” da OMS para as cirurgias pediátricas em um Hospital de Ensino.

PERGUNTAS

1. Qual a importância que você atribui a Implantação do *Checklist* de cirurgias segura para cirurgias pediátricas na FSCMP?

Extremamente importante ()

Muito importante ()

Um pouco importante ()

Sem importância ()

2. Você concorda que o *Checklist* de cirurgias segura proporciona segurança no processo cirúrgico? Justifique.

3. Você acha viável a implantação do *Checklist* de cirurgias segura para cirurgias pediátricas na FSCMP? Justifique.

4. Você acha que o *Checklist* de cirurgias segura da OMS necessita de adaptações para as cirurgias pediátricas na FSCMP?

() SIM () NÃO

4.1. Se, Sim dê sugestões de acordo com cada etapa do processo (lista de verificação de cirurgias segura da OMS, anexo neste questionário).

PRIMEIRA ETAPA: ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

SEGUNDA ETAPA: ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

TERCEIRA ETAPA: ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO

APÊNDICE C

Tabela 1: Codificação segundo Bardin (2009) – Entrevistadas.

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
Questão 2: Você concorda que o Checklist de cirurgias segura proporciona segurança no processo cirúrgico? Justifique.	Diminui riscos e possíveis complicações	P - 1	Sim	Evita erros na identificação do paciente, localização cirúrgica e o registro de dados importantes do transoperatório.	Evita Erros	23URs/54
		P - 3	Sim	Evitará erros nos procedimentos científicos		
		P - 5	Sim	Evita erros , principalmente devido a demanda da CC com mais de cirurgia ocorrendo ao mesmo tempo		
		P - 8	Sim	Confirmar nome do paciente, procedimento cirúrgico, além de checar equipamentos, diminui as chances de erros e complicações.		
		P - 9	Sim	Evita erros.		
		P - 10	Sim	Pois previne erros.		
		P - 11	Sim	Diminui os erros.		
		P - 15	Sim	Sem duvidas, diminui erros.		
		P - 16	Sim	Proporciona segurança tanto para o paciente como para a equipe cirúrgica, pois evita erros.		
		P - 20	Sim	Principalmente por que evita erros		
		P - 21	Sim	Evita erros, melhora a comunicação da equipe		
		P - 23	Sim	Por que através dele teremos maior segurança e com isso diminuir os eventos adversos		
		P - 27	Sim	Evita erros desnecessários		
		P - 31	Sim	Evita erros operatórios, manter pacientes e familiares informados.		
		P - 32	Sim	Evitar erros		
		P - 33	Sim	O checklist de cirurgias seguras é muito relevante, visto que possibilita a exclusão de erros evitáveis diante de um correto domínio da equipe cirúrgica sobre o caso de cada paciente, permitindo que toda a equipe saiba de maneira efetiva e eficaz qual o tratamento cirúrgico adequado a cada paciente		
		P - 40	Sim	Erros podem ser evitados checando itens importantes		
		P - 42	Sim	Proporciona seguro e ameniza os erros		
		P - 43	Sim	Diminui erros médicos, das equipes de saúde e o índice de infecção com isso o tempo de permanência do paciente no hospital.		
		P - 44	Sim	Concordo plenamente. É fundamental para todos: equipe cirúrgica e principalmente para o paciente, por conta de evitar erros no processo assistencial e complicações no trans e pós-operatório.		
P - 48	Sim	Pois evitará erros pequenos facilitando a recuperação pós-anestésico				
P - 52	Sim	Com certeza, pois evita erros.				

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
		P - 53	Sim	Evita erros		
		P - 4	Sim	Seguro , desde que os profissionais se comprometam.		
		P - 6	Sim	Concordo plenamente, a segurança no processo cirúrgico como checar itens de nome, idade, peso é imprescindível.		
		P - 19	Sim	É de fundamental importância para a segurança de todos os membros envolvidos e principalmente para o paciente		
		P - 25	Sim	Devido ao fato de o protocolo trazer uma maior segurança aos profissionais de saúde com a revisão de itens imprescindíveis para garantir a qualidade do atendimento seguro ao paciente durante o ato cirúrgico		
		P - 30	Sim	Principalmente em relação a confirmação da disponibilidade de materiais específicos para maiores intercorrências que forem identificadas previamente. Além da segurança em confirmar o nome do paciente e o procedimento a ser realizado		
		P - 37	Sim	Seguro com relação ao risco de infecção no que se refere ao tempo cirúrgico e menor exposição		
		P - 45	Sim	Pois proporciona segurança ao paciente e a equipe		
		P - 47	Sim	Pois proporciona total segurança no processo cirúrgico, fazendo com que sua equipe e paciente fiquem mais seguros mediante este processo.		
		P - 49	Sim	Por que dá segurança de que os procedimentos anestésicos, cirúrgicos e de enfermagem foram executados devidamente.		
		P - 50	Sim	Segurança ao paciente, cirurgia certa, região do sítio operatório certo, entre outros.		
		P - 51	Sim	Pois é fundamental sempre visarmos a segurança do paciente e o checklist será muito importante para alcançarmos esse objetivo		
		P - 54	Sim	Proporciona maior segurança para o paciente e também para os profissionais		
		P - 2	Sim	Melhor comunicação com a equipe		
		P - 13	Sim	Pois reduz a chance de patologias e complicações intra-operatorias, bem como melhora a relação com o paciente.		
		P - 14	Sim	Proporciona segurança tanto para o paciente como para a equipe cirúrgica, levando a melhor estratégia anestésica cirúrgica para o paciente.		
		P - 24	Sim	Melhora a atenção da equipe, evita erros desnecessários.		
		P - 28	Sim	Pois promove melhor comunicação entre a equipe proporcionando um melhor planejamento		
		P - 38	Sim	Com certeza, melhora a comunicação.		
		P - 46	Sim	Pois traz mais segurança ao cliente e toda a equipe e o serviço fluem melhor		
	Fornecer Qualidade e Segurança ao Procedimento				Segurança e Melhoria	19URs/54

Tabela 2: Codificação segundo Bardin (2009) – Entrevistadas.

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
<p>Questão 3: Você acha viável a implantação do Checklist de cirurgias segura para cirurgias pediátricas na FSCMP? Justifique.</p>	Diminui riscos e possíveis complicações	P - 11	Sim	Previne erros	Evita Erros	10URs/54
		P - 23	Sim	Para amenizar os índices de complicações e erros		
		P - 44	Sim	É um instrumento utilizado para minimizar os erros , tornando a assistência ao paciente mais eficaz e segura		
		P - 45	Sim	Pois vejo que havendo uma checagem haverá menos erros cirúrgicos		
		P - 46	Sim	Pois um procedimento realizado com toda segurança, menos erros ocorrem tanto para o cliente, quanto para a equipe, tirando da instituição brigas em processos judiciais		
		P - 47	Sim	Com este processo as cirurgias realizadas serão realizadas de maneira segura pois as pediátricas requerem muito mais atenção, evitando erros		
		P - 48	Sim	Proporcionando segurança e evitando erros para a equipe multiprofissional tais como anestesiolegista, cirurgião e técnico de enfermagem		
		P - 49	Sim	Por que impede a ocorrência de possíveis erros antes, durante e após o ato cirúrgico		
		P - 50	Sim	Não só para a pediátrica, mas para todas as cirurgias, pois nos seres humanos cometemos erros e esse protocolo ajuda a nos certificar da veracidade do procedimento de que irá se submeter e quem será o médico responsável		
		P - 54	Sim	Viável, principalmente para a pediatria, pois a criança é mais delicada e precisamos ter muita segurança para não ocorrer erros . Mas precisamos de capacitação		
	Processo mais simplificado	P - 2	Sim	Mas tem que ser o mais sucinto possível	Simplificado	4URs/54
		P - 10		De forma simplificada , ajuda na prevenção de erros		
		P - 13	Não	Mais sucinto , devido o grande fluxo de pacientes e rodízio das salas exige trocas entre procedimentos muito rapidamente		
		P - 53		Mais sucinto , devido o volume de cirurgias pediátricas		
	Tipo de Paciente	P - 1	Sim	Viável, após aquisição de pulseiras de identificação para a criança e elaboração de termo de consentimento	Pediátrica	20URs/54
		P - 6	Sim	Viável, principalmente para as crianças .		
		P - 7	Sim	Viável, pois precisamos de protocolos na cirurgia pediátrica .		
		P - 14	Sim	Com certeza, devido o tipo de procedimento. Não vejo pontos negativos neste processo		
		P - 16	Sim	Com certeza		
		P - 18	Sim	Principalmente por que os pacientes pediátricos apresentam dificuldade de comunicação		
		P - 20	Sim	A implantação do checklist em relação a cirurgia pediátrica nos permite não trocar as crianças visto que as mesmas não são responsáveis legais por si só, além disso, muitas vezes os pais não estão junto com as crianças o que ocorre muito na neonatologia		
		P - 21	Sim	Imprescindível, a atenção para a criança é sempre maior		
		P - 22	Sim	A atenção é sempre maior com as crianças		
		P - 24	Sim	Já deveríamos fazer este checklist, principalmente com as crianças		
		P - 25	Sim	Viável pois os pacientes pediátricos devido a incapacidade de se comunicar ou expressar,		

Questões	Temática	Unidades de Contexto		Unidades de Registro	Frequência
				necessitam de uma melhor monitorização para o controle seguro durante sua estadia no centro cirúrgico	
		P - 32	Sim	Imprescindível na cirurgia pediátrica , precisamos somente ter mais consciência de fazer realmente funcionar.	
		P - 33	Sim	Creio que implantar o checklist de cirurgia segura seja viável na pediatria , pois esta implantação iria permitir a otimização dos serviços ofertados	
		P - 35	Sim	Com certeza, principalmente para as crianças , checar sempre tudo	
		P - 36	Sim	Viável, pois com crianças é mais difícil e é preciso ter mais cuidado	
		P - 37	Sim	Seria uma padronização de segurança tanto para a equipe como para a criança e seus familiares	
		P - 42	Sim	Importante pois na atenção a criança é imprescindível	
		P - 43	Sim	Devido a criança ser vulnerável e precisar de uma pessoa responsável	
		P - 51	Sim	Devido ser mais seguro para a criança e por que isso já será o começo de uma mudança para um melhor resultado	
		P - 52	Sim	As crianças são pacientes que precisamos ter mais atenção	
	Qualificação Profissional e Treinamento	P - 3	Sim	Porem precisa ser disponibilizado um profissional capacitado para este fim	
		P - 4	Sim	Mas precisamos ter capacitação	
		P - 5	Sim	Só depende da capacidade do profissional para reproduzir o mínimo	
		P - 8	Sim	É um procedimento simples que aumenta a segurança do paciente. Basta treinamento e vontade.	
		P - 9	Sim	Mas precisamos ter capacitação	
		P - 15	Sim	Estrutura para realizar na cirurgia pediátrica, mas precisa de capacitação	
		P - 19	Sim	É apenas uma questão de conscientização e treinamento da equipe envolvida	
		P - 26	Sim	Desde que haja uma completa interação entre os profissionais e capacitação	
		P - 27	Sim	Mas precisa ser sucinto e precisamos de capacitação	
		P - 29	Sim	Pela viabilidade de sua aplicação com a equipe treinada da CIPE	
		P - 30	Sim	É viável, pois a equipe de cirurgia pediátrica já segue alguns recursos do checklist de cirurgias seguras, em conjunto com a equipe da Anestesiologia. Sendo necessário apenas treinamento específico para que o checklist seja implementado e seguido	
		P - 31	Sim	A viabilidade depende de pessoal capacitado para implementação	
		P - 38	Sim	Acho viável, depois que tiver treinamento .	
		P - 39	Sim	Mas precisamos ter capacitação	
		P - 40	Sim	Mas falta capacitação	
		P - 41	Sim	Precisa de capacitação antes da implantação	
		P - 28	Sim	Pois falta treinamento da equipe e maior número de funcionários	
				Capacitação	17URs/54

Tabela 3: Codificação segundo Bardin (2009) – Entrevistadas. **Questão 4:** *Você acha que o Checklist de cirurgias segura da OMS necessitam de implementações para cirurgias pediátricas na FSCMP? Caso seja SIM, dê sugestões de acordo com cada etapa do processo. (ETAPA 1).*

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
Etapa 1	Fornecimento de informações	P - 1	Sim	Espaço para nome do responsável que forneceu as informações da criança	Informação	8URs/54
		P - 3	Sim	Acrescentar informações sobre o leito, enfermaria, procedência, se há necessidade de leito na UTI, confirmar leito, e se há necessidade de transfusão sanguínea		
		P - 13	Sim	Verificar informações sobre os equipamentos e medicações anestésicas/Verificar a identificação do paciente/ Confirmar sitio cirúrgico/Verificar alergias ou outras doenças no paciente		
		P - 14	Sim	Informações da ficha pré-anestésica padronizada para crianças que derem entrada neste hospital, para agilizar a avaliação física e de comodidades no pré-operatório, já que nossa avaliação ainda se baseia em dados do prontuário e que diversas vezes não estão disponíveis.		
		P - 23	Sim	Seria importante que houvesse na sala de cirurgia um quadro de informações que discriminasse todos os pontos de identificação		
		P - 44	Sim	Fornecer informações , não diria apenas a oximetria, mas sim se todos os itens comissários para uma anestesia segura, nem riscos para o paciente, encontra-se disponíveis e em funcionamento.		
		P - 50	Sim	Informações como Nome, peso, se tem alergia medicamentosa, se apresenta distúrbios respiratórios ou gripe, resfriado, etc...		
		P - 53	Sim	Checar informações sobre medicações que o paciente pode ter feito antes/Checar o peso/ Verificar condição do paciente, isolamento de contato ou outras doenças.		
	Checagem de peso	P - 6	Sim	Falta checar peso	Peso	13URs/54
		P - 7	Sim	Checar o peso da criança		
		P - 8	Sim	Peso do paciente/história de IVAS recente (risco de laringo espasmo e bronco espasmo)/ Em prematuros: idade gestacional no nascimento, internação em CTI, intubação prolongada prévia.		
		P - 35	Sim	Confirmar peso e idade na ficha		
		P - 36	Sim	Confirmar novamente no centro cirúrgico o jejum, o peso e outras doenças.		
		P - 38	Sim	Necessidade de checar o peso		
		P - 39	Sim	Peso da criança é importante		
		P - 40	Sim	Verificar o peso /Checar mais uma vez com o responsável pelo jejum do paciente		
		P - 41	Sim	Verificar o peso /Checar o jejum com o responsável		
		P - 45	Sim	Peso da criança/Monitorização/Observar quanto ao tempo de jejum		
		P - 47	Sim	Peso da criança/monitorização/tempo de jejum		
	P - 48	Sim	Checagem do peso e confirmação de jejum			
	P - 51	Sim	Peso , monitorização, punção venosa, observar jejum, checagem de sangue reserva.			
	Checagem do Jejum	P - 4	Sim	Confirmar melhor o jejum /Confirmar o peso/Verificar se a criança tem isolamento	Jejum	9URs/54
		P - 18	Sim	Checar jejum e peso		
		P - 20	Sim	Confirmação novamente do jejum , pois em criança é bem complicado, as vezes a mãe por não conhecer, não diz que alimentou a criança, até porque fica com dó ao vê seu filho com fome.		
P - 24		Sim	Verificar jejum /verificar se o paciente está gripado ou com patologia previa aguda nas cirurgias			

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
				eletivas		
		P - 25	Sim	Verificar jejum /verificar se a criança encontra-se gripada e/ou resfriada/ verificar o responsável legal da criança		
		P - 42	Sim	Confirmar melhor o jejum		
		P - 43	Sim	Controle e checagem do jejum pré-operatório dos pacientes pediátricos		
		P - 52	Sim	Checar novamente o jejum /checar peso/checar necessidade do colchão térmico		
	Checagem da identificação com pulseiras	P - 54	Sim	Confirmar jejum novamente/Checar peso	Identificação Com pulseirinhas	5URs/54
		P - 5	Sim	Identificar o nome da criança só com pulseirinhas		
		P - 21	Sim	Implantação das pulseirinhas (identificação)		
		P - 33	Sim	Incluir o quesito identificação , o tópico peso do paciente, se ele faz uso contínuo de algum medicamento e se apresenta algum tipo de lesão, mancha ou cicatriz cutânea, especialmente nos membros inferiores, que é o local preferido para colocação da placa dispersiva do eletrocautério.		
		P - 46	Sim	Checar peso/pulseira de identificação principalmente em RN/Observação do jejum/Ambulatoriais		
	Não informado	P - 49	Sim	Uso de identificado no próprio paciente (ex. pulseirinhas)	Não informado	16URs/54
		P - 2	Não	Não informado		
		P - 9	Não	Não informado		
		P - 10	Não	Não informado		
		P - 11	Não	Não informado		
		P - 15	Não	Não informado		
		P - 16	Não	Não informado		
		P - 19	Não	Não informado		
		P - 22	Não	Não informado		
		P - 26	Não	Não informado		
P - 27		Não	Não informado			
P - 28		Não	Não informado			
P - 29		Não	Não informado			
P - 30		Não	Não informado			
P - 31	Não	Não informado				
P - 32	Não	Não informado				
P - 37	Não	Não informado				

Tabela 4: Codificação segundo Bardin (2009) – Entrevistadas. *Questão 4: Você acha que o Checklist de cirurgias segura da OMS necessitam de implementações para cirurgias pediátricas na FSCMP? Caso seja SIM, dê sugestões de acordo com cada etapa do processo. (ETAPA 2).*

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
Etapa 2	Concordância	P - 2	Não	De acordo	De acordo	15URs/54
		P - 10	Não	De acordo		
		P - 11	Não	De acordo		
		P - 15	Não	De acordo		
		P - 16	Não	De acordo		
		P - 19	Não	De acordo		
		P - 22	Não	De acordo		
		P - 26	Não	De acordo		
		P - 27	Não	De acordo		
		P - 28	Não	De acordo		
		P - 29	Não	De acordo		
		P - 30	Não	De acordo		
		P - 31	Não	De acordo		
		P - 32	Não	De acordo		
	P - 37	Não	De acordo			
	Sem Informação	P - 3	Sim	Não Informado	Não Informado	18URs/54
		P - 4	Sim	Não Informado		
		P - 8	Sim	Não Informado		
		P - 13	Sim	Não Informado		
		P - 20	Sim	Não Informado		
P - 21		Sim	Não Informado			
P - 23		Sim	Não Informado			
P - 24		Sim	Não Informado			
P - 25		Sim	Não Informado			
P - 35		Sim	Não Informado			
P - 36		Sim	Não Informado			
P - 38		Sim	Não Informado			
P - 42		Sim	Não Informado			
P - 44		Sim	Não Informado			
P - 48		Sim	Não Informado			
P - 49	Sim	Não Informado				
P - 52	Sim	Não Informado				
P - 53	Sim	Não Informado				
	Processo mais	P - 7	Sim	Ser mais simples , só marcando: materiais, pessoal/As imagens dos exames devem vir	Simples	3URs/54

Questões	Temática	Unidades de Contexto		Unidades de Registro	Frequência	
	simplificado		antes da indução anestésica, assim como os materiais específicos			
		P - 40	Sim	Mais sucinto , excluir apresentação da equipe		
		P - 41	Sim	Mais sucinto depois, pois na primeira etapa é preciso mais atenção, na rotina o tempo de cirurgia deve ser definido na primeira etapa também.		
	Checar informações	P - 1	Sim	Identificação através da pulseira/ Confirmação do leito de UTI/Confirmação de reserva de sangue p/ cirurgias de grande porte/Se os exames básicos laboratoriais estão no prontuário	confirmação	15URs/54
		P - 5	Sim	Conferir o material com kit de cirurgia específico antes de anestesiá-lo o paciente.		
		P - 6	Sim	“Não precisa a equipe se apresentar, todos se conhecem, tem que ser mais sucinto”		
		P - 9	Sim	Confirmar se todos da equipe estão presentes, não precisando na minha opinião falar os nomes/Ser mais sucinto		
		P - 14	Sim	Necessário checar a identificação em ficha padrão e profissional treinado e específico para observação destes itens		
		P - 18	Sim	Continuar checando hemoderivado para possíveis necessidades		
		P - 33	Sim	Incluir no quesito confirmação se foi fixado ao paciente a placa dispersiva do eletrocauterio e se esta foi colocada em local adequado e que não corre risco de contato por soluções aquosas e/ou alcoólicas		
		P - 39	Sim	O antimicrobiano não se faz 60 minutos antes, conscientizar os profissionais para fazer a checagem .		
		P - 43	Sim	Checar informações para saber qual é a cirurgia e o tempo da cirurgia antes da anestesia.		
		P - 45	Sim	Checar coloração da placa dispersiva e observar se está bem aderida		
		P - 46	Sim	Observar local da placa de bisturi se está aderida		
		P - 47	Sim	Checar placa para bisturi elétrico/Oximetria (monitorização funcionando)		
		P - 50	Sim	Checar a cirurgia certa, local da incisão, se tem todo o material que será utilizado na cirurgia antes da anestesia.		
		P - 51	Sim	Checar o tempo de cirurgia na primeira etapa desta lista, pois precisa definir o plano anestésico.		
		P - 54	Sim	Confirmar se estão todos presentes, acho que falar o nome de cada um não vai acontecer		

Tabela 5: Codificação segundo Bardin (2009) – Entrevistadas. *Questão 4: Você acha que o Checklist de cirurgias segura da OMS necessitam de implementações para cirurgias pediátricas na FSCMP? Caso seja SIM, dê sugestões de acordo com cada etapa do processo. (ETAPA 3).*

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
Etapa 3	Assinatura dos Participantes	P - 1	Sim	Assinatura dos profissionais envolvidos no ato cirúrgico/Se foram anotados os horários dos medicamentos administrados na S.O	Assinatura	8URs/54
		P - 52	Sim	Assinar todos que participaram do ato cirúrgico		
		P - 53	Sim	Assinatura de todos os membros da equipe que participou da cirurgia		
		P - 5	Sim	Assinatura dos profissionais envolvidos no ato cirúrgico		
		P - 38	Sim	Bom que todos os profissionais que participaram assinassem o checklist		
		P - 54	Sim	Confirmar para onde é o destino da criança (leito de origem, UTI, RPA)/ Assinatura de todos os profissionais responsáveis		
		P - 40	Sim	Confirmar todo o prontuário/assinar no check todos os membros que participaram do ato cirúrgico		
		P - 6	Sim	Devolver materiais específicos não usados na cirurgia/Assinatura no final do check: circulante, instrumentador, cirurgião, anestesista e enfermeiro.		
	Verificação dos Procedimentos antes de sair da sala	P - 4	Sim	Verificar/Observar curativo externamente/Drenos/Transporte adequado	Observações	10URs/54
		P - 51	Sim	Verificar/Observar curativo, dreno, sondas, estado geral do paciente.		
		P - 50	Sim	Verificar grau de consciência, curativo cirúrgico limpo ou com sangue, presença de algum tipo de queimadura por placa ou agente químico, agitação do mesmo por reação anestésica, acesso venoso com soro ou com tampa. Cateter, sondas e drenos funcionantes e higiene do mesmo pós extubação		
		P - 46	Sim	Verificar/Observar o curativo se tem drenos e sondas		
		P - 23	Sim	Verificar o estado do paciente/ Observar o nível de consciência/Cuidados no transporte		
		P - 25	Sim	Observar o registro completo de qualquer intercorrência e eventos adversos que possam vir a ocorrer no transcorrer do procedimento cirúrgico		
		P - 43	Sim	Verificar/Observar os sinais vitais, ver a reação do paciente e o curativo do mesmo, checar se o prontuário está completo		
		P - 33	Sim	Verificar se há necessidade de troca do curativo da ferida operatória antes do paciente sair da SO/ Se há presença de cateteres, sondas e/ou drenos e se estão sendo manipulados adequadamente.		
		P - 20	Sim	Observar sinais vitais do paciente/verificar se há ou não leito de UTI reservado/informar o local que a criança irá e que o procedimento cirúrgico chegou ao fim e se a equipe está preparada para receber a criança		
	P - 47	Sim	Verificar situação do curativo/Drenos/Se sedado/Entubado/Estado de consciência			
	Especificar um profissional	P - 18	Sim	Especificar o profissional responsável pela entrega da criança	Profissional	2URs/54
P - 14		Sim	Seria necessário maior quantidade de profissionais envolvidos neste processo para reduzir a sobrecarga de trabalho e assim se viabilizar a sala cirúrgica para novos procedimentos, sem falar no treinamento dos profissionais envolvidos			

Questões	Temática	Unidades de Contexto			Unidades de Registro	Frequência
	Concordância	P - 2	Não	De acordo	De acordo	30URs/54
		P - 3	Não	De acordo		
		P - 8	Não	De acordo		
		P - 9	Não	De acordo		
		P - 10	Não	De acordo		
		P - 11	Não	De acordo		
		P - 13	Não	De acordo		
		P - 15	Não	De acordo		
		P - 16	Não	De acordo		
		P - 19	Não	De acordo		
		P - 21	Não	De acordo		
		P - 22	Não	De acordo		
		P - 24	Não	De acordo		
		P - 26	Não	De acordo		
		P - 27	Não	De acordo		
		P - 28	Não	De acordo		
		P - 29	Não	De acordo		
		P - 30	Não	De acordo		
		P - 31	Não	De acordo		
		P - 32	Não	De acordo		
		P - 35	Não	De acordo		
		P - 36	Não	De acordo		
		P - 37	Não	De acordo		
		P - 39	Não	De acordo		
		P - 41	Não	De acordo		
		P - 42	Não	De acordo		
		P - 44	Não	De acordo		
		P - 45	Não	De acordo		
	P - 48	Não	De acordo			
	P - 49	Não	De acordo			



APÊNDICE D

PROPOSTA DO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA ADAPTADO PARA CIRURGIAS PEDIÁTRICAS ELETIVAS

NOME:		REGISTRO:	ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:		
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:				
PESO:		DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:	COMO ESTOU HOJE?	
IDENTIFICAÇÃO		CONFIRMAÇÃO		REGISTRO
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA
<p>N <input type="checkbox"/> ALA DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO</p> <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO CORRETA NA PULSEIRINHA? <input type="checkbox"/> JEJUM CONFIRMADO? <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CONFIRMADO? <input type="checkbox"/> ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO? <input type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA. QUAL? _____ <input type="checkbox"/> EXAMES DE IMAGENS DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADOS? <input type="checkbox"/> RESERVA DE LEITO DE U <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO? <p style="text-align: center;">NA SALA DE CIRURGIA</p> <input type="checkbox"/> TEMPERATURA DA SALA ADEQUADA? <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO ANESTÉSICA: MATERIAIS, MEDICAÇÕES E EQUIPAMENTOS ADEQUADOS? <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO ADEQUADO? <input type="checkbox"/> ÁREAS DIFÍCIL OU RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> MATERIAIS ESPECÍFICOS DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> DEFINIÇÃO DO TEMPO PREVISTO DA CIRURGIA?		<p>TODOS OS MEMBROS DA CIRÚRGIA ESTÃO PRESENTES?</p> <p>TODOS CONFIRMAM NOVAMENTE</p> <p>NOME DO PACIENTE</p> <p>() PROCEDIMENTO CIRÚRGICO/LATERALIDADE</p> <p>() PROFILAXIA ANTIMICROBIANA REALIZADA? _____</p> <p>EQUIPE DE ENFERMAGEM</p> <p>PLACA DE BISTURI POSICIONADA? INSTRUMENTAIS CONFERIDOS E DISPONÍVEIS? INDICADOR QUÍMICO IDENTIFICADO NO MATERIAL?</p>		<p>COMPRESSAS, AGULHAS E INSTRUMENTAIS CONFERIDOS?</p> <p>AMOSTRA DE ANATOMO PATOLÓGICO IDENTIFICADO? HOUVE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO? REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO EXECUTADO?</p> <p>CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMAGEM CONFIRMAM:</p> <p style="text-align: center;">LEITO DE ORIGEM RPA UTI</p> <p>OBSERVAÇÕES: _____</p> <p>ASSINATURAS:</p> <p style="text-align: center;">_____ _____</p> <p style="text-align: center;">CIRURGIÃO ANESTESISTA</p> <p style="text-align: center;">_____ _____</p> <p style="text-align: center;">CIRCULANTE ENFERMEIRO</p>
LEGENDA: (S) SIM, (N) NÃO, (NSA) NÃO SE APLICA				



APÊNDICE E
LISTA DE PSEUDÔNIMOS - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

P.1. Adson	P.28. Mosquito
P.2. Pozzi	P.29. Cremalheira
P.3. Metzenbaum	P.30. Fleboextrator
P.4. Pean	P.31. Serra de Gigli
P.5. Kelly	P.32. Cizalha
P.6. Kocher	P.33. Rugina
P.7. Thompson	P.34. Drill
P.8. Finochietto	P.35. Beckman
P.9. Foerster	P.36. Satinski
P.10. Gosset	P.37. Doyan
P.11. Dente de rato	P.38. Taylor
P.12. Anatômica	P.39. Mathieu
P.13. Farabeuf	P.40. Cautério
P.14. Mixer	P.41. Bico de aspirador
P.15. Cheron	P.42. Volkmann
P.16. Allis	P.43. Graspers
P.17. Backhaus	P.44. Dissectores
P.18. Tesoura curva	P.45. Óticas
P.19. Tesoura reta	P.46. Trocateres
P.20. Cabo de bisturi	P.47. Cânulas
P.21. Espátula	P.48. Redutores
P.22. Cuba redonda	P.49. Veress
P.23. Cuba rim	P.50. Manopla
P.24. Iris	P.51. Grampeador
P.25. Mayo	P.52. Espéculo
P.26. Porta agulha	P.53. Estilete
P.27. Crile	P.54. Abadie

ANEXOS

ANEXO – A

Checklist de “cirurgia segura” da OMS

 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> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	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> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	REGISTRO <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <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 <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 style="text-align: right;">_____ Assinatura</p>

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