

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA MOSSORÓ – FACENE/RN

PAULA KAROLLINE VIANA MOREIRA DOS SANTOS

**“CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS”: A IMPORTÂNCIA DA  
APLICABILIDADE DO *CHECKLIST* NO CENTRO CIRÚRGICO SOB A ÓTICA DA  
ENFERMAGEM**

MOSSORÓ

2017

PAULA KAROLLINE VIANA MOREIRA DOS SANTOS

**“CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS”: A IMPORTÂNCIA DA  
APLICABILIDADE DO *CHECKLIST* NO CENTRO CIRÚRGICO SOB A OTÍCA DA  
ENFERMAGEM**

**ORIENTADOR (A):** PROF. ESP. Livia Helena Morais de Freitas

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

MOSSORÓ  
2017

**PAULA KAROLLINE VIANA MOREIRA**

**“CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS”: A IMPORTÂNCIA DA  
APLICABILIDADE DO *CHECKLIST* NO CENTRO CIRÚRGICO SOB A ÓTICA DA  
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada pela aluna Paula Karolline Viana Moreira dos Santos do curso de Bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)  
ORIENTADOR

---

Prof. Esp. Evilamilton Gomes de Paula (FACENE/RN)  
MEMBRO

---

Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)  
MEMBRO

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino e meu guia; à minha mãe, Aparecida, por estar sempre ao meu lado, com seu apoio e incentivo, sem os quais minha caminhada não teria tanto significado; à minha tia Leonides, que tenho como minha segunda mãe; ao meu filho amado; ao meu esposo, que de forma especial e carinhosa me deu forças, coragem e apoiou nos momentos de dificuldades; ao meu irmão Marcelo, que sempre me ouviu e me deu bons conselhos; aos meus amigos em geral.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado o dom da vida, sabedoria, discernimento e forças para o desenvolvimento e conclusão desse projeto. Sou grata ao Senhor por me guiar durante essa trajetória e pela coragem e alegria nos momentos de desânimo. Foram longos quatro anos de vida acadêmica, passei por momentos inenarráveis, momentos esses que só eu e os que me rodearam sabem o quão difícil foi, mas eu venci.

Aos meus pais, Ana Aparecida e Edilberto, meu muito obrigado por terem me dado a vida. A palavra que mais se encaixa nesse momento é gratidão. Obrigado em especial à minha mãe, por tudo que fez por mim, suas palavras de carinho. Sua atenção foi de total inspiração. Existe outra pessoa em minha vida que tenho como minha segunda mãe: Antônia Leonides, que fez de mim um ser humano de bem. Sou grata por tê-la em minha vida. Ao meu esposo Jusceliano, deixo minha imensa gratidão, por me apoiar em todos os momentos, e pelas madrugadas em que esteve ao meu lado. Essa vitória é nossa e sem vocês nada disso teria sentido.

Ao meu filho Itamar Filho dedico toda essa caminhada. Foi por ele na minha vida que fiz tudo isso. Quero chegar muito longe para dar a ele tudo de melhor, pois ele é meu tudo, meu garotinho que sempre entendeu minhas ausências e sempre esteve ao meu lado me apoiando.

Ao meu Irmão e melhor amigo, Marcelo Diêgo, que sempre acreditou em mim e no meu potencial, que por várias vezes me socorreu nas noites em que me vi triste e nunca me deixou fraquejar.

À minha amiga, irmã de coração, Josiany, agradeço por toda força que me deu até aqui. Seu apoio e suas palavras foram fundamentais e eu a amo.

Ao meu compadre Edjan, que incansavelmente correu comigo, mas sempre com sorriso no rosto, por diversas vezes ouvindo meus murmúrios e lamentações, mas sempre dizendo que ia dar tudo certo, e deu né? Agradeço demais.

Deus, agradeço por tudo que conquistei nesses quatro anos, a vida acadêmica me transformou, evolui como ser humano, aprendi o que é ser uma profissional, aprendi a amar o próximo.

Aos meus amigos da turma, só tenho muito para agradecer e dizer que jamais vou me esquecer de vocês, muito menos dos momentos inesquecíveis vividos juntos. Desejo sucesso a todos.

Nessa mesma turma, conquistei amigas que viraram da família, nosso quarteto fantástico como costumamos falar. Ei, amigas, quatro anos, hein? Elas foram o presente mais lindo que ganhei nesses anos. Raika Kerla, a quem eu intitulei de mãe, tudo começou como uma simples brincadeira devido aos puxões de orelha da Kerla, mas que serviram muito e depois passei a chamá-la assim por carinho mesmo. Ela me adotou de verdade, cuidou de mim com muito carinho. A Zildian, minha “Madinha”. Passamos momentos inesquecíveis juntas e quero que ela saiba que sempre terá um lugar no meu coração. A meu biju, Nailma, amiga muito antes dessa graduação. Todas elas são mais que especiais para mim. Nossas risadas, brigas, lágrimas, correrias, fofocas vão ficar marcadas em minha vida para sempre. Amo todas de paixão. Elas se tornaram muito mais que amigas. São companheiras e confidentes. Obrigado por toda ajuda e por me aguentarem (risos). Seguiremos amigas para sempre, assim espero, assim seja.

Eu não me esqueci da Rafinha. Jamais poderia. Os períodos loucos nos afastaram de certa forma, mas isso nunca diminuiu meu carinho pela amiga linda, sensível e carinhosa, que eu adoro.

Toda gratidão e respeito à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e todo seu corpo docente, além da coordenação e a administração que realizam um trabalho com amor e dedicação, incansável, a fim de garantir aos alunos um ensino de extrema qualidade. Atualmente, me sinto pronta, pois sei que não serei só mais uma no mercado de trabalho, e sim uma profissional qualificada.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Esp. Lívia Helena, não encontro palavras para descrever o carinho e o respeito que sinto por ela. Agradeço por ter aceitado o convite de ser minha orientadora, pela dedicação e ensinamentos que possibilitaram que eu realizasse esse sonho. Poder contar com sua sabedoria, conhecimento e experiência passada foi fundamental para o sucesso desse projeto. Atualmente, me espelho nela, por ser um grande exemplo a seguir enquanto profissional. Parabéns pelo exemplo de extraordinária profissional que é como docente, enfermeira, mãe incrível e uma pessoa sensível e humana. Agradeço por ela embarcar comigo nessa jornada cansativa e por sempre me encorajar. Esse projeto é nosso.

Aos membros da minha banca, Prof. Esp. Evilamilton Gomes e Prof. Esp. Diego Henrique, agradeço pelo envolvimento no projeto.

Gratidão imensa a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho. A frase que me define: “Eu não escolhi o caminho mais fácil, mas vencer desafios sempre foi minha maior motivação”. Eu venci, e hoje estou aqui para mostrar que eu fui capaz.

“Não basta ter belos sonhos para realizá-los. Mas ninguém realiza grandes obras se não for capaz de sonhar grande. Podemos mudar o nosso destino, se nos dedicarmos à luta pela realização de nossos ideais. É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho, de examinar com atenção a vida real, de confrontar nossa observação com o nosso sonho de realizar, escrupulosamente, nossa fantasia. Sonhos, acredite neles.” (Lenin)

## RESUMO

Eventos adversos (EAs) são complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) propôs a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*Checklist*), com o intuito de auxiliar aos profissionais na sistematização de passos críticos de segurança. Justifica-se ser importante valorizar, implementar e envolver toda a equipe durante a checagem desta imprescindível ferramenta. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a importância da aplicabilidade do *Checklist* no processo perioperatório em centro cirúrgico. Para tanto, verificou-se o conhecimento da enfermagem acerca do *Checklist* de cirurgia segura. Pesquisou-se a operacionalização do *Checklist* de cirurgia segura pela enfermagem no referido setor e averiguou-se a valorização da ferramenta *Checklist* na perspectiva de sua implementação no centro cirúrgico. O estudo possui caráter descritivo e exploratório e abordagem quanti-qualitativa. Realizou-se no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) e Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC). A população pesquisada foi constituída de enfermeiros e técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico, representados por uma amostra de 24 participantes, sendo 06 enfermeiros e 06 técnicos de cada instituição mencionada. A coleta de dados ocorreu por entrevista semiestruturada e aplicação de questionário com itens objetivos. Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, foi enviado Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN aos Hospitais pesquisados. Os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e mantidos seus anonimatos. Utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin para a entrevista e foram trabalhadas estatisticamente as informações fornecidas pelo questionário. Os resultados foram encaminhados para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança ficando disponíveis para futuras publicações, com os devidos créditos e divulgados na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró e locais de pesquisa. Garantiram-se os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e os aspectos éticos contemplados na Resolução do COFEN 311/2007. Constatou-se que é necessário conseguir envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos respeitem cada um dos itens da lista e tenham a consciência de que, para se obter os benefícios propostos, é necessário que a ferramenta seja adequadamente operacionalizada. Esta pesquisa trouxe contribuições para os serviços de saúde, para otimizar suas rotinas de cuidado e assistência perioperatória e para o meio acadêmico, que necessita de constantes atualizações quanto a este relevante tema, trazendo à tona necessidades e novos questionamentos que incentivem a novas pesquisas e enriquecimento científico.

**Palavras-chave:** Enfermagem perioperatória. Centro Cirúrgico. *Checklist*. Segurança do Paciente.



## ABSTRACT

Adverse events (AEs) are undesirable complications resulting from the care provided to the patients, not attributed to the natural evolution of the underlying disease. The National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA) proposed the *Checklist* of Surgical Safety, in order to assist professionals in systematizing critical safety steps. It is important to value, implement and involve the entire team during the checking of this essential tool. This research aims to analyze the importance of the applicability of the *Checklist* in the perioperative process in surgical center. For this, the nursing knowledge about the Safe Surgery *Checklist* was verified; We investigated the operationalization of the Safe Surgery *Checklist* by the nursing in the said sector and we verified the valuation of the *Checklist* tool in the perspective of its implementation in the surgical center. The study has descriptive and exploratory character and quantitative-qualitative approach. It was held at the Regional Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) and Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC). The population consisted of nurses and nursing technicians from the Surgical Center, represented by a sample of 24 participants, of which 06 were nurses and 06 technicians from each institution mentioned. Data were collected through a semi-structured interview and questionnaire application with objective items. After approval by the Ethics and Research Committee, an Office was sent by the Coordination of the Nursing Course of FACENE Mossoró-RN to the Hospitals surveyed. The interviewees were clarified about the research and maintained their anonymity. The Bardin Content Analysis was used for the interview and the information provided by the questionnaire was statistically worked. The results were forwarded for approval by the Research Ethics Committee of Nova Esperança College of Nursing, and were available for future publications, with due credits and disclosed at the Nova Esperança Nursing College in Mossoró and research sites. The ethical precepts set forth in Resolution 466/12 of the National Health Council and the ethical aspects contemplated in COFEN Resolution 311/2007 were guaranteed. It was noted that it is necessary to be able to involve all the staff during the check, so that everyone respects each of the items on the list and is aware that, in order to obtain the proposed benefits, it is necessary that the tool be properly operationalized. This research has brought contributions to the health services, to optimize their perioperative care and assistance routines and to the academic environment, which needs constant updates on this relevant topic, bringing to the fore needs and new questions that encourage new research and enrichment scientific.

**Keywords:** Perioperative nursing. Surgery Center. Check list. Patient safety.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	39
<b>Tabela 2-</b> Valores de frequência simples da ocorrência de Eventos Adversos. Mossoró/RN. Brasil 2017 .....	57

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à Identificação do Paciente. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	44
<b>Gráfico 2-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao local ou lateralidade da cirurgia. Mossoró/RN. Brasil, 2017. ....	45
<b>Gráfico 3-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto a assinaturas de termo de consentimento do paciente ou responsável. Mossoró/RN. Brasil, 2017. ....	46
<b>Gráfico 4-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao processo anestésico. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	47
<b>Gráfico 5-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à monitorização do paciente. Mossoró/RN. Brasil, 2017. ....	48
<b>Gráfico 6-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à ocorrência de alergias medicamentosas. Mossoró/RN. Brasil, 2017. ....	48
<b>Gráfico 7-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto a lapsos na administração de medicações. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	49
<b>Gráfico 8 -</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto a falta de membro (componente) na equipe cirúrgica. Mossoró/RN. Brasil, 2017. ....	50
<b>Gráfico 9-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao tipo de cirurgia realizada. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	51
<b>Gráfico 10 -</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à falta de material ou instrumental necessário ao procedimento cirúrgico após o início do ato. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	53
<b>Gráfico 11-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao esquecimento da antibioticoterapia profilática no pré ou transoperatório. Mossoró/RN. Brasil, 2017. ....	54
<b>Gráfico 12-</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao esquecimento de material ou instrumental em cavidade interna do paciente. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	55
<b>Gráfico 13 -</b> Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à ocorrência de problemas com identificação, troca ou extravio de amostra para anatomia patológica. Mossoró/RN. Brasil, 2017.....	55

**Gráfico 14** - Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à ocorrência de defeitos não solucionados nos equipamentos de sala operatória. Mossoró/RN. Brasil, 2017. 57

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 Contextualização e Problematização .....	15
1.2 Justificativa .....	17
1.3 Hipótese .....	19
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3.1 A Enfermagem e a Assistência Perioperatória.....	21
3.2 Eventos Adversos (EA) na Assistência ao Paciente de Centro Cirúrgico .....	25
3.3 <i>Checklist</i> de Cirurgia Segura .....	29
3.4 <i>Checklist</i> : Por que implantar? .....	30
<b>4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>34</b>
4.1 Tipo de Pesquisa.....	34
4.2 Local da Pesquisa .....	34
4.3 População e Amostra.....	35
4.4 Instrumentos para Coleta de Dados .....	35
4.5 Procedimentos para coleta de dados.....	36
4.6 Análise dos Dados.....	37
4.7 Aspectos Éticos .....	37
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
5.1. Caracterização do perfil dos entrevistados do Centro Cirúrgico .....	39
5.2 Conhecimento dos entrevistados acerca do <i>Checklist</i> para Cirurgia Segura.....	41
5.3 Opinião dos profissionais quanto a relevância do preenchimento do <i>Checklist</i> .....	42
5.4 Utilização do <i>Checklist</i> nas instituições pesquisadas .....	43

<b>5.5 Relato dos Entrevistados quanto à Eventos Adversos em Centro Cirúrgico .....</b>	<b>44</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO A - CERTIDÃO.....</b>	<b>75</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização e Problematização

O Centro Cirúrgico (CC) é considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica. A portaria 400/77 do Ministério da Saúde define o CC como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, lá encontrando instalações que permitem realizar cirurgias nas melhores condições de segurança para o paciente, e proporcionando conforto para equipe que o assiste. (POSSARI, 2009).

Martin (2012) relata que a divisão de setores dentro do hospital aconteceu devido às guerras. O setor de internação e de cirurgia para realização dos procedimentos cirúrgicos inicialmente era uma área aberta e não restrita, onde ocorria a seleção de pacientes críticos e com risco de vida.

Bezerra et al. (2015) afirmam que o CC é uma unidade dentro do hospital concebida para realização de procedimentos cirúrgicos, com intuito em diagnosticar ou tratar agravos de diversas etiologias. Devido à diversidade de procedimentos, ocorre intensa circulação de profissionais de saúde de diferentes áreas, o que favorece muitas vezes a ocorrência de incidentes.

De acordo com Vendramini et al. (2010), os eventos adversos (EA) são incidentes associados ao uso de medicamentos, equipamentos ou à realização de procedimentos. Os EA também são definidos como complicação não intencional ou em morte, incapacidade ou quando se prolonga a permanência no hospital. Os EA também podem ocorrer a partir de complicações relacionadas a medicamentos, procedimentos cirúrgicos, manipulação no leito, transferências, entre outros.

Diversas medidas de prevenção dos riscos relacionados à assistência e à melhoria da qualidade em saúde vêm sendo desenvolvidas pelos serviços de saúde em favor da segurança do paciente. Entende-se por segurança do paciente “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (SANTANA et al., 2014).

Nessa direção, e na tentativa de minimizar a ocorrência dos eventos adversos cirúrgicos, melhorar a assistência cirúrgica, comunicação e trabalho em equipe e a segurança do paciente globalmente, a OMS incentiva a adoção de padrões de segurança a serem operacionalizados por uma lista de verificação de segurança cirúrgica com checagem verbal

dos seus itens pela equipe multidisciplinar na sala cirúrgica (TOSTES; HARACEMIW; MAI, 2016).

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou o programa Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV), que recomenda a aplicação da lista de verificação cirúrgica (*Checklist*), a qual determina três pausas no perioperatório para a conferência de itens relacionados à segurança do procedimento (DIEGO, 2015).

Diego (2015) afirma que o programa supracitado tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade e segurança em serviços de saúde. Para isto, deve-se contemplar a prevenção de eventos adversos e infecções em sítio cirúrgico; promover a anestesia segura; propiciar equipes cirúrgicas seguras, além de gerar e divulgar indicadores da assistência cirúrgica. Portanto, este instrumento atende a um conjunto central de padrões de segurança, devendo ser aplicado globalmente e em diversos cenários.

O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo. O objetivo é promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, que incluem práticas de segurança anestésica inadequadas, infecções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros da equipe cirúrgica. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

O *Checklist*, “*Cirurgias seguras salvam vidas*”, desenvolvido pela OMS foi criado com o intuito de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente. O sistema visa reforçar a segurança operatória com práticas corretas e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipe (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica foi proposta para ser empregada em qualquer hospital, independentemente do seu grau de complexidade, com objetivo de auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança. O uso dessa ferramenta visa melhorar a assistência cirúrgica, por meio de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países. Este recurso consiste em 19 itens divididos em três momentos: antes da indução anestésica; antes da incisão cirúrgica; e antes de o paciente sair da sala de operações. (FREITAS et al., 2014).

Cuidados simples, como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento. Essas simples



conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente (PANCIERI et al., 2013).

Corona e Peniche (2015) reforçam a preconização da OMS quanto à lista de verificação de itens no perioperatório. Esta contém componentes essenciais da assistência cirúrgica, sendo importante para evitar falhas humanas, funcionando como norteador para melhorar o desempenho das tarefas, padronizando-as e facilitando a coordenação da equipe cirúrgica. Mantêm-se, assim, uma cultura de segurança na sala operatória.

Paiva et al. (2015) afirmam que o enfermeiro como profissional é o mais indicado para orientar a checagem dos dados do paciente, informações clínicas e funcionamento dos equipamentos, podendo prevenir uma série de complicações durante o procedimento. Portanto, além de garantir uma maior segurança do paciente em relação ao procedimento cirúrgico, a utilização do *Checklist* aumenta a eficácia das atividades realizadas pela equipe multidisciplinar. O processo de preenchimento operatório se inicia na consulta de enfermagem de internação cirúrgica no ambulatório e é concluído no centro cirúrgico durante o tratamento cirúrgico.

É preciso atentar para a integração e interação com a equipe, utilizar a checagem como meio de comunicação interpessoal, ou seja, como um facilitador na assistência ao paciente, considerando, ainda, que o relacionamento interpessoal é o segundo item apontado como agente estressor em profissionais de centro cirúrgico, atrás somente de sobrecarga de trabalho. (PANCIERI et al., 2013).

Além da importância supracitada nos períodos pré e trans operatórios, quanto ao período pós-operatório Santos, Caregnato e Moraes (2013) afirmam que a adoção do *Checklist* sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é importante, pois proporciona uma redução superior a um terço das complicações pós-operatórias e mortes em hospitais [...]. Sabe-se que o *Checklist* sozinho não resolve a complexidade para incrementar a aderência às melhores práticas. Simplesmente disponibilizar aos profissionais essa lista de verificação não é suficiente para implantar a cultura de segurança. O *feedback* e o monitoramento contínuo são essenciais para a eficiência e a eficácia de um cuidado amplo e seguro.

## 1.2 Justificativa

A temática desenvolvida neste estudo almeja mostrar a importância da aplicabilidade do *Checklist*, um instrumento que pretende identificar os itens mais significativos do risco à

segurança do paciente para reduzir a ocorrência de danos ao paciente e definir padrões de segurança no centro cirúrgico.

A introdução do *Checklist* é um passo para uma nova cultura de segurança no centro cirúrgico, garantindo assim a proteção do paciente e a qualidade da assistência, com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico, por meio de quatro ações importantes: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras; indicadores da assistência cirúrgica.

Cuidados simples, como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento. Essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente.

A enfermagem tem um papel importante na aplicação do *Checklist*, embora seja possível que outro profissional assumira esse papel, oferecendo como ponto facilitador a sua condição de transitar em todas as etapas no cuidado ao paciente durante o período perioperatório, vivenciando a realidade burocrática e prática da organização.

O interesse em aprofundar conhecimentos acerca desse tema surgiu a partir da observação nas disciplinas “Enfermagem Cirúrgica I” e “Enfermagem Cirúrgica II”, da Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), sendo reforçada pelos estágios e práticas, onde se consolidou a relevância de se investigar mais sobre a temática. Percebeu-se que é necessário destacar a importância do *Checklist* no ambiente de Centro Cirúrgico.

Sendo assim, tornou-se necessário buscar alternativas para auxiliar o enfermeiro e a equipe na sua atuação, estabelecendo como questão norteadora do estudo a melhoria na assistência de enfermagem prestada aos pacientes no centro cirúrgico, através da revisão do atual instrumento, tendo em vista que o tema é de total relevância social para o público acadêmico e profissionais de enfermagem.

Esse estudo busca contribuir para debates acadêmicos e o público em geral, que apresentem interesse de conhecer como o instrumento o *Checklist* e entender como é utilizado por meio do enfermeiro e sua equipe no centro cirúrgico.

Diante do exposto, de que forma a enfermagem de centro cirúrgico visualiza a importância da aplicabilidade do *Checklist* de cirurgia segura como uma ferramenta na busca efetiva da segurança do paciente?

### 1.3 Hipótese

Apesar da ciência de sua importância, o *Checklist* de cirurgia segura ainda não é operacionalizado efetivamente pelos enfermeiros e sua equipe de centro cirúrgico nas duas instituições hospitalares pesquisadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a importância da aplicabilidade do *Checklist* no processo perioperatório em centro cirúrgico.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Verificar o conhecimento da enfermagem acerca do *Checklist* de cirurgia segura.

Pesquisar a operacionalização do *Checklist* de cirurgia segura pela enfermagem no centro cirúrgico.

Averiguar a valorização da ferramenta *Checklist* na perspectiva de sua implementação no centro cirúrgico.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 A Enfermagem e a Assistência Perioperatória**

A Enfermagem expressa e organiza a assistência a partir da identificação das necessidades dos indivíduos e coletividade, em uma diversidade de condições de saúde e doença. Inicialmente, houve um fazer empírico ao longo dos anos, até a enfermagem se caracterizar como uma profissão. Nesta construção, pode-se destacar a utilização de uma metodologia para o desenvolvimento de suas áreas, por meio de conhecimentos técnico-científicos (GRITTEM, 2007).

Na história do Egito Antigo, a figura do médico tinha como função tratar doenças e prescrever medicamentos, realizar cirurgias com equipamentos primitivos, considerados sofisticados para a época, como: facas com lâminas de pedra, aço ou papiro ou brocas afiadas e aquecidas para remoção de tumores e cistos. Nesse período havia os auxiliares de cirurgias menores, que tinham a função de preparar tiras de linho impregnadas de goma para serem colocadas nas feridas abertas (BOHOMOL; MELO, 2016).

O Centro Cirúrgico (CC) foi conceituado pelo Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Portaria 400/77 do Ministério da Saúde de 16/07/1977, como o conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, recuperação anestésica e pós-operatória (MARTIN, 2012).

O CC, por sua complexidade, exige um olhar diferenciado no cuidado do paciente, com atuação de diferentes profissionais e integração de várias unidades. Entende-se que a atividade no CC envolve tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo estresse. (SILVA et al., 2015).

A preocupação com a segurança do paciente cirúrgico é anterior à descoberta da anestesia, isto é, em 180,1 em Newcastle, já se planejou um local ao lado das salas operações, onde os pacientes submetidos à cirurgia pudessem ser observados (POPOV; PENICHE, 2009).

De acordo com o referenciado acima, na década de 1940 as características de funcionamento do CC já estavam bem definidas, dentre elas, a atuação de enfermagem especializada com capacidade de reconhecer alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes, planejamento e implementação de cuidados específicos que prevenissem complicações decorrentes dos procedimentos anestésicos cirúrgicos.

Desde os primórdios, a enfermagem em Centro Cirúrgico (CC) era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação. Até a década de 1960, era dirigida predominantemente para a área instrumental, atendimento às solicitações da equipe médica e às ações de previsão e provisão para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico,

resumindo-se assim a assistência ao paciente cirúrgico. Após este período, houve um intenso desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e instrumentais, o que tornou as cirurgias mais complexas, desencadeando no enfermeiro a necessidade de uma fundamentação científica que o embasasse e que lhe desse identidade (FONSECA; PENICHE, 2009).

Com a evolução dos conhecimentos, a cirurgia passou a ter lugar no tratamento de inúmeras doenças. As primeiras instituições hospitalares serviram para isolamento dos indivíduos doentes da sociedade. No fim do século XVI, na Inglaterra, foi organizada a Companhia de Barbeiros que regulamentou a profissão de barbeiro cirurgião e atuou por dois séculos (MARTIN, 2012).

Em 1960, o papel do enfermeiro nos centros cirúrgicos era basicamente o de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde, no atendimento às solicitações da equipe médica e em ações administrativas relacionadas ao desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, deixando assim a assistência direta ao paciente em segundo plano. Já nos últimos anos, a prática mudou e assumiu um carácter mais abrangente na assistência, uma maneira mais especializada, personalizada e humanizada, utilizando-se a SAEP como referencial (SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009).

A forma de atuar dos enfermeiros no Centro Cirúrgico (CC) deve-se ao surgimento da especialidade em 1889, nos Estados Unidos da América (EUA). Teve sua origem na necessidade de a equipe médico-cirúrgica ter um profissional para preparar o ambiente cirúrgico, auxiliar a equipe médica e orientar estudantes de enfermagem (GRITTEM, 2007).

O século atual caminha para manter e avançar sobre as conquistas científicas obtidas nos séculos anteriores, aperfeiçoadas a cada ano, enfatizando os estudos genéticos, moleculares, a evolução da cirurgia minimamente invasiva e da robótica (MARTIN, 2012).

NIERO (2014) afirma que a sistematização da assistência de enfermagem pode ser operacionalizada através de atividades, como: plano de cuidados, processo de enfermagem, protocolos, padronização de procedimentos.

Desde de 1990 foi proposto que a Assistência de Enfermagem fosse realizada de forma sistematizada para auxiliar na segurança cirúrgica do paciente, através do processo de Enfermagem. Criou-se um instrumento de coleta de informações do paciente cirúrgico, denominado Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Esse instrumento deveria conter informações individuais do paciente, com dados de identificação, anamnese, exame físico e necessidades de cuidados de Enfermagem (diagnósticos de

Enfermagem), além de intervenções e avaliação dos cuidados oferecidos (MONTEIRO et al., 2014).

O processo de Enfermagem aplicado ao paciente cirúrgico, mais conhecido como Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), ocorre durante o período perioperatório, ou seja, o intervalo de 24 horas antes da cirurgia até as primeiras 48 horas seguintes ao ato anestésico-cirúrgico (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

A SAEP garante uma assistência planejada, com foco em todos os períodos operatórios (perioperatório), ou seja, desde o pré-operatório (quando o paciente é informado que precisará realizar um procedimento cirúrgico e é hospitalizado em um leito), o intraoperatório (cirurgia propriamente dita) e o pós-operatório, em que o paciente já realizou a cirurgia, mas pode apresentar complicações (MONTEIRO et al., 2014).

O objetivo da SAEP é desenvolver ações destinadas à prevenção, controle e manutenção do conforto e segurança do paciente e seus familiares, visando a redução dos eventos biopsicossociais advindos do processo perioperatório. Portanto, o ideal é manter um cuidado individualizado, realizando no âmbito da SAEP a abordagem ao paciente no perioperatório. Os estudos mostram que a assistência aplicada de forma adequada, criteriosa e holística, pode interferir no restabelecimento do indivíduo e no seu tempo de internação (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014).

O Enfermeiro qualificado para o cuidado perioperatório é capaz de desenvolver técnicas que possibilitem uma assistência de alta qualidade com o menor custo, mediante uma metodologia própria, [...] objetivando a segurança do paciente e da equipe envolvida no ato operatório (VASCONCELOS et al., 2014).

O período perioperatório é o espaço de tempo que compreende os períodos préoperatório imediato, transoperatório, intraoperatório, recuperação anestésica e pósoperatório imediato. Estão relacionados ao paciente que será submetido à intervenção cirúrgica, o qual será admitido na unidade de internação cirúrgica para receber assistência no preparo da cirurgia (DUAILIBE; OLIVEIRA et al, 2014).

A assistência de enfermagem perioperatória é prestada de forma organizada pelos enfermeiros, embora, na maioria das vezes, não exista um registro ou uma documentação que norteie as suas etapas e que também garanta a sua continuidade. Assim, a assistência acaba sendo uma atividade profissional individual, o que dificulta sua sistematização (RAZERA; BRAGA, 2011).

O preparo do paciente no período perioperatório é vital, sendo o papel da equipe de enfermagem determinante para o sucesso do tratamento. Desse modo, o enfermeiro é responsável pelo planejamento e implementação da assistência prestada ao paciente e familiar, durante todo o processo cirúrgico (JORGE; POPOV, 2011).

Flor (2014) destaca que os profissionais de enfermagem prestam uma assistência caracterizada pelo planejamento, avaliação e continuidade do serviço, uma vez que o paciente passará pelos períodos de pré, intra e pós-operatória, todas integradas ao estado físico e emocional do paciente.

O período pré-operatório imediato abrange as 24 horas que antecedem a cirurgia até o momento em o paciente é recebido no CC. É neste período que a equipe de enfermagem deve realizar a avaliação pré-operatória, com intuito de coletar dados sobre procedimento cirúrgico (porte de cirurgia, tipo da anestesia, possíveis riscos e complicações), conhecer o paciente (identificar o estado físico geral, idade, doenças pregressas, alergias), e levantar possíveis problemas, a fim de elaborar um plano de cuidados que considere a participação do paciente e da família (BARBOSA ET AL., 2016).

O período transoperatório se inicia com a chegada do paciente no CC e termina com seu encaminhamento para sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), portanto, compreende o período intraoperatório, que por sua vez contempla dois momentos cruciais da experiência cirúrgica: a chegada do paciente no CC e o início da anestesia e da cirurgia. (BARBOSA ET AL., 2016).

A extensão e o tipo de cirurgia, a técnica e a duração da anestesia, as intercorrências cirúrgicas e/ou anestésicas e a eficácia das medidas terapêuticas adotadas, são condições clínicas pré-operatórias, que estão relacionadas com a frequência de complicações no período pós-operatório imediato (MATTIA; POPOV, 2010).

Razera e Braga (2011) relatam que a visita pós-operatória é um sistema de assistência continuada, participativa, integral e documentada, e destaca-se como uma estratégia de avaliação da assistência prestada, procurando atender aos requisitos de qualidade, na visão do paciente e/ou familiares, sobre a assistência transoperatória.

Freiberger e Mudrey (2011) apontam que as dificuldades encontradas na assistência de enfermagem ao paciente de forma integral tornam-se ainda mais potencializadas quando levamos em consideração a notável rotatividade de pacientes no CC e certa rapidez com que se conduz o período perioperatório.



### 3.2 Eventos Adversos (EA) na Assistência ao Paciente de Centro Cirúrgico

No final da década de 1990, o movimento em prol da segurança do paciente teve grande repercussão quando estudos mostraram a importância dos custos sociais e econômicos decorrentes de eventos adversos. Isto ocorreu especialmente com a publicação do relatório **Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro**, pelo *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos (HARADA; PEDREIRA, 2016).

Em 2004, expressando a crescente preocupação mundial com a segurança de pacientes, foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a *World Alliance for Patient Safety*. A OMS procurou, entre outras orientações, organizar os aspectos taxonômicos ligados ao tema segurança do paciente, definindo incidente como todo evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. O incidente pode ser sem lesão ou com lesão. Os incidentes com lesão são chamados de Eventos Adversos (EAs) (MOURA; MENDES, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que o acidente como evento ou circunstância evitável, derivado do cuidado, não está agregado à doença de base. Os incidentes são classificados como incidente sem dano, que apesar de atingir o paciente, não implica dano, porém constitui-se um risco para tal ou evento adverso que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente. Isso tem sido alvo de discussão mundial, e reflete na melhoria da segurança e qualidade da assistência. (PARANAGUÁ et al., 2013).

O mesmo autor supracitado acrescenta que a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente ocorreu devido esses eventos que causaram impactos, surgindo assim, o desafio “Cirurgias seguras salvam vidas”, incentivando a adoção de boas práticas para redução de morbimortalidade por cirurgias. No entanto, a assistência pré e pós-operatória devem voltar-se para a segurança na assistência cirúrgica e a prevenção de problemas de qualidade, de forma que a estimativa é de 19% dos incidentes relacionados à organização da assistência e do serviço prestado.

Conforme citado por Grazziano et al (2016), o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” visa a melhoria da segurança e à redução do número de mortes e complicações cirúrgicas, com enfoque na prevenção de Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC), na anestesiologia segura, em equipes cirúrgicas eficientes e na mensuração de complicações ocorridas após assistência cirúrgica. Este programa estabelece dez objetivos básicos e essenciais para equipe cirúrgica em qualquer procedimento cirúrgico, conforme descritos a seguir:

1. Realizar cirurgia no paciente certo e no local cirúrgico certo.
2. Impedir danos na administração de anestésico enquanto protege o paciente da dor.
3. Reconhecer e estar efetivamente preparado para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. Reconhecer e estar efetivamente preparado para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. Evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. Usar métodos conhecidos para minimizar risco de ISC de maneira sistemática.
7. Impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. Manter e identificar peças cirúrgicas de forma segura e precisa.
9. Comunicar-se efetivamente e trocar informações críticas para condução segura da operação.
10. Estabelecer vigilância de rotina sobre capacidade de volume e resultados cirúrgicos.

A segurança do paciente é definida como promoção de assistência à saúde livre de erros ou eventos adversos evitáveis. Caracteriza-se como um problema de saúde pública mundial, que indica a necessidade de melhora e transformação na qualidade e cultura do sistema de saúde, de modo a torná-lo mais estruturado e processualmente preparado para instituir medidas que promovam a segurança do paciente (HARADA; PEDREIRA, 2016).

A ocorrência de erros na saúde não é rara e deve ser compreendida como resultados de um sistema de prestação de assistência que pode gerar falhas ou desconsiderar, na estrutura de ações e nos desenhos de processos de tomada de decisão e de intervenção, a falibilidade como uma característica intrínseca ao processo de cognição do ser (HARADA; PEDREIRA, 2016).

Durante a prestação do cuidado à saúde, podem ocorrer eventos adversos que são incidentes que resultam em dano ao paciente, podendo ser físico, social e psicológico, incluindo sofrimento, lesão, incapacidade ou morte. Podem estar ligados, também, à procedimentos e requerer um cuidado especial, já que o centro cirúrgico é um local bastante propício para ocorrência desses eventos adversos (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Nas ações não intencionais, identificam-se os tipos de erros como de raciocínio, os deslizes, os lapsos. Eventos adversos também podem ser provenientes de violações, atos conscientes que geram a violação de normas, regras ou processos (GRAZZIANO et al., 2016).

De acordo com Bohomol e Tartali (2013), a qualidade e a segurança do paciente são de responsabilidade de todos os profissionais, inclusive da equipe de enfermagem, que tem papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos (EAs).

Os EAs de maior interesse à saúde pública são os evitáveis, suscetíveis a intervenções dirigidas à sua prevenção. Estima-se que entre 4 a 16% de todos os pacientes hospitalizados têm EAs e metade deles em decorrência de cuidados cirúrgicos. Os estudos mostram que em países desenvolvidos a taxa de mortalidade é de 5 a 10% em pacientes que se submetem a cirurgias de grande porte (MOURA; MENDES, 2012).

O Centro Cirúrgico (CC) é uma das unidades mais complexas e favorável para ocorrência desses eventos adversos (EA), devido às próprias características do cuidado, dos vários tipos de procedimentos cirúrgicos e diagnósticos e a intensa circulação (SOUZA et al., 2011).

Cirurgia foi definida pela OMS como “qualquer procedimento realizado no SO envolvendo incisão, excisão, manipulação ou sutura de tecidos, que normalmente requer anestesia regional ou geral ou sedação profunda para controle da dor” (HARADA; PEDREIRA, 2016).

Segundo Silva et al. (2015), o aumento de procedimentos cirúrgicos vem impactando indiretamente na ocorrência de eventos adversos. Os estudos mostram que isso ocorre devido o avanço científico e tecnológico que cresce a cada ano. Nesse caso, é importante ressaltar que a segurança em relação aos eventos adversos pode ocorrer durante a assistência pelas equipes, sendo necessário rever medidas de prevenção de danos e riscos à saúde do paciente. Muitos desses eventos adversos podem ser ocasionados devido erros de medicações, quedas dos pacientes, extubação, queimaduras durante o procedimento, hemorragias por desconexão de drenos e outros.

A qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, tanto no período que antecede à cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere nos resultados do procedimento realizado (SANTOS; RENNÓ, 2013).

De acordo com Batista e Kusahara (2016), as cirurgias são um componente essencial do sistema de saúde pública. Atualmente, são mais indicadas em virtude de modificações nos padrões de doenças e da transição epidemiológica que está acontecendo. Um estudo

desenvolvido pela *National Academy of Sciences* (NAS) demonstrou que, quanto maior a contaminação bacteriana do sítio cirúrgico, maior a probabilidade do desenvolvimento de infecções.

A Anvisa (2010) define a Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC) para pacientes internados e ambulatoriais como aquela que acomete o paciente submetido a um procedimento cirúrgico, que tenha pelo menos uma incisão e uma sutura, “excluindo-se procedimento de desbridamento cirúrgico, drenagem, episiotomia e biópsias que envolvam vísceras ou cavidades”. As infecções são classificadas pela profundidade do comprometimento das estruturas de organismo, de acordo com a Anvisa, e critérios bem definidos as dividem em (BATISTA; KUSAHARA, 2016):

- Incisional Superficial (ISC-IS) - ocorre nos primeiros 30 dias do período pós-cirúrgico e envolve apenas a pele e subcutâneo.
- Incisional Profunda (ISC-IP) - ocorre também nos primeiros 30 dias do pós-cirúrgico ou um ano para cirurgias nas quais ocorreu implantação de próteses, envolve tecidos moles mais profundo que a incisão, como músculos.
- Órgão na Cavidade (ISC-OC) - ocorre o mesmo critério de tempo das ISC-IP, acometem qualquer órgão ou cavidade manipulados durante a cirurgia.

A avaliação criteriosa no período pré-operatório tem como objetivo identificar as condições clínicas passíveis ou não de intervenções, visando otimizar as condições clínicas do paciente e reduzir a morbidade e mortalidade associadas a este período. Nos procedimentos eletivos, algumas das medidas associadas à prevenção de ISC são identificação e o tratamento de qualquer infecção existente antes da cirurgia (BATISTA; KUSAHARA, 2016).

Os autores supracitados ainda complementam que é necessário se trabalhar previamente questões como:

- Redução de peso;
- Interrupção do uso de tabaco;
- Controle da glicemia;
- Risco de infecção com perda sanguínea e transfusão;
- Banho pré-operatório;
- Remoção de pelos;
- Paramentação cirúrgica;
- Roupas privativas do paciente e da equipe;

Conforme suas consequências, os incidentes podem ser classificados como circunstância notificável, quando existe uma situação com potencial significativo para ocorrência de dano; quase erro são incidentes que por algum motivo foram interceptados e não atingem o paciente; incidente sem danos são aqueles que atingem o paciente, porém nenhum dano é detectado e, por fim, o evento com dano que é o evento adverso (EA), quando resulta em prejuízo ao paciente (BEZERRA et al., 2015).

Segundo Batista E Kusahara (2016), o tempo prolongado de internação está relacionado ao aumento de risco de desenvolvimento de infecção cirúrgica; o período de permanência pré-operatória parece estar associado à gravidade da doença e as comorbidades associadas que exigem internação prévia para tratamento ou seguimento.

Souza et al. (2011) ressalta que a equipe de enfermagem deve garantir um ambiente seguro, confortável e limpo para a realização do procedimento cirúrgico, bem como assegurar a qualidade do serviço e segurança do paciente através de uma organização do serviço no centro cirúrgico, diminuindo as chances de ocorrerem acidentes ou EAs, que são, em sua maioria, resultados de falhas do sistema no qual se desenvolvem as atividades.

### **3.3 Checklist de Cirurgia Segura**

Práticas inadequadas em saúde ocorrem há décadas. Florence Nightingale já citava, em seus manuscritos de 1859, que o “primeiro dever hospitalar deve ser não causar mal ao paciente” (HARADA; PEDREIRA, 2016).

Nessa época, começaram a ocorrer diversas transformações sociopolíticas e culturais que contribuíram para implementação de medidas para melhorar os resultados do cuidado à saúde (BARBOSA et al., 2016).

A campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” foi criada em 2008, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), seu objetivo era definir padrões de segurança e reduzir a ocorrência de dano ao paciente cirúrgico, aplicados a todos os países membros da OMS. O conhecimento adquirido com a evolução técnico-científica para prevenir complicações, iatrogenias e eventos adversos deveria ser utilizado, o que levou a OMS e a Universidade de Harvard a iniciarem a campanha para realização de cirurgias seguras, preparando como modelo um *Checklist*. (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2013).

A lista de verificação de segurança cirúrgica, também conhecida por *Checklist* da Cirurgia Segura, antes da indução anestésica, da incisão cirúrgica e da remoção do paciente da

SO é uma das estratégias do Plano Nacional de Segurança do Paciente, é definida pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da RDC n. 36/2013, com o objetivo de promover melhorias relativas à segurança do paciente, entre elas, a redução de incidência de complicações relacionadas a cirurgias (GRAZZIANO et al., 2016).

O *Checklist* da Cirurgia Segura foi elaborado por um grupo de peritos internacionais reunidos pela OMS. Sendo assim, foi criado com a intenção de auxiliar as equipes operatórias na diminuição dos casos de morte e danos ao paciente (SALES; NERES; AZEVEDO, [2013]).

A OMS, devido à gravidade e a dimensão do problema, orienta padrões que devem ser aplicados nas instituições de saúde para melhorar a segurança do cuidado cirúrgico. Recomenda-se a adoção de uma lista de verificação chamada de *Checklist* (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Dentre os aparatos técnicos disponibilizados pelo portal da Agência Nacional de Saúde (ANVISA), o manual de “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” apresenta um *Checklist* – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. É composto por três etapas, descritas como: Identificação (antes da indução anestésica); Confirmação (antes da incisão cirúrgica); e o Registro (antes do paciente sair da sala de operações) (MONTEIRO; SILVA, 2013).

### **3.4 Checklist: Por que implantar?**

A assistência cirúrgica tem sido um componente essencial da assistência em saúde pelo mundo por quase um século. À medida que as incidências de injúrias traumáticas, cânceres e doenças cardiovasculares continuam a aumentar, o impacto da intervenção cirúrgica nos sistemas públicos de saúde crescerá (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Ao considerar que metade dos incidentes decorrentes de cirurgias é evitável, o Programa preconiza a verificação de itens mais significativos à segurança do paciente cirúrgico, por meio da aplicação de instrumento em forma de *Checklist*. O instrumento, passível de adaptações, de acordo com cada realidade institucional, é aplicável no ambiente de Centro Cirúrgico (ALPENDRE, 2014).

Roscani et al. (2015) define o *Checklist* como um elemento chave para diminuição de eventos adversos e garante assim, que as equipes cirúrgicas sigam de forma consistente algumas medidas de segurança críticas, reforçando as práticas de segurança e promovendo melhor comunicação na equipe cirúrgica.

Os *Checklists* foram adaptados para o contexto da saúde e, além de auxiliar a tomada de decisão, possibilitam a segurança do paciente, reduzindo riscos e custos. Sua utilização não visa apenas produzir registros, mas favorecer o diálogo entre a equipe, a fim de garantir a execução das tarefas e que todos façam o necessário para obter o melhor resultado (SILVA et al., 2016).

A sua utilização demonstrou associação com reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais e contextos e com melhorias na observância dos padrões de boa prática de cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE, 2009).

A aplicabilidade do *Checklist* é uma tarefa considerada fácil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que seja desempenhado pelo enfermeiro, embora qualquer profissional, desde que esteja apto e que participe do procedimento cirúrgico, possa fazê-lo. A realização de medidas como checagem de materiais, equipamentos, identificação e informação do paciente é de suma importância. Isso define o limite entre o fracasso e o sucesso do procedimento (MONTEIRO; SILVA, 2013).

À medida que as equipes cirúrgicas se familiarizam com as etapas da lista de verificação, é possível integrar as verificações nos seus padrões de trabalho de rotina e verbalizar a conclusão de cada etapa, sem a intervenção explícita do coordenador da lista de verificação [...]. A lista de verificação divide a operação em três fases, cada uma correspondente a um período específico de tempo no fluxo normal da operação: o período antes da indução da anestesia, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica e o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida, mas antes de retirar o doente da sala operações. (ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE, 2009).

- **Antes da Indução da Anestesia**

O coordenador da lista atesta verbalmente a identidade do paciente, o procedimento, o local da cirurgia e se o termo de consentimento foi assinado. Observa se local da cirurgia está correto, se o oxímetro de pulso se encontra no paciente e está funcionando de forma correta. É indispensável que a equipe de anestesia esteja presente para avaliar se o paciente possui vias áreas de difícil acesso, riscos de perda sanguínea e reação alérgica, isso pode garantir a segurança durante o procedimento anestésico. Nessa primeira fase do *Checklist* o ideal é que o cirurgião esteja presente, já que este pode ter uma ideia sobre os possíveis fatores de risco (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2013).

- **Antes da Incisão da Pele**

A equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cutânea para confirmar em voz alta que a operação correta no paciente e o local correto estão sendo realizados; então, todos os membros da equipe revisarão verbalmente uns com os outros os elementos críticos de seu plano para a operação, usando as questões da Lista de Verificação como guia. Também confirmarão que antibióticos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos e que as imagens essenciais estão expostas adequadamente. Nesta fase, a presença do cirurgião é fundamental (ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE, 2009).

- **Antes do Doente Sair da Sala de Operações**

A cirurgia será, então, revisada pela equipe, que prosseguirá com a conclusão das contagens de compressas e instrumentos e a etiquetagem de qualquer amostra cirúrgica obtida. Também revisará qualquer mau funcionamento de equipamentos ou questões que necessitem ser resolvidas. Finalmente, a equipe revisará planos-chave e preocupações a respeito da abordagem e recuperação pós-operatórias antes de retirar o paciente da sala de operações. (ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE, 2009).

(MONTEIRO; SILVA, 2013).

 <b>LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)</b>		
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações
<b>ENTRADA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU           <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIDADE</li> <li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> <li>• CONSENTIMENTO</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA</li> <li><input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA</li> <li><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO</li> <li>O PACIENTE POSSUI:           <ul style="list-style-type: none"> <li>ALERGIA CONHECIDA?               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> </ul> </li> <li>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</li> </ul> </li> <li>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<b>PAUSA CIRÚRGICA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO</li> <li><input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</li> <li>• SÍTIO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> </ul> </li> <li>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</li> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</li> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</li> <li>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</li> </ul> </li> <li>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<b>SAÍDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO</li> <li><input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)</li> <li><input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)?</li> <li><input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</li> </ul> </li> <li>O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTE</li> </ul> <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.

Fonte: Brasil, 2017. Extraído de: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>. Acesso em Set. 2016



Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 foram realizadas 234 milhões de operações no mundo, aproximadamente uma para cada 25 pessoas vivas. Essas operações resultaram na morte de cerca de dois milhões de pessoas e, aproximadamente, sete milhões tiveram complicações com relevantes sequelas. Estima-se que, para cada trezentos pacientes internados em hospitais, um morre (MENDELSSONH, 2012).

A lista de Verificação de Segurança Cirúrgica foi proposta para ser empregada em todos os procedimentos cirúrgicos de qualquer hospital do mundo, independentemente do seu grau de complexidade, cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem-na de forma sistemática. O uso dessa ferramenta visa melhorar a assistência cirúrgica, por meio de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países, além de garantir uma maior segurança do paciente em relação ao seu procedimento cirúrgico. (PAIVA et al., 2015).

Pancieri et al (2013) ressalta que o uso do *Checklist* envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe. Sua introdução é um importante passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica, pois é uma forma de padronizar a rotina, trazendo assim mais segurança ao paciente. É um meio de organizar o ato cirúrgico, prever complicações, evitar o erro.

As organizações têm papel fundamental na adequação do “*Checklist*” à realidade vivenciada, de forma coerente e eficaz, promovendo a participação dos profissionais, a fim de favorecer que essa e outras estratégias sejam cúmplices no desafio de segurança do paciente cirúrgico (MONTEIRO; SILVA, 2013).

## **4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

O estudo se trata de uma pesquisa do tipo descritiva, com caráter exploratório e com abordagem quanti-qualitativa. A finalidade de um estudo descritivo é de identificar possíveis relações entre variáveis.

De acordo com Gil (2010), um estudo descritivo tem por finalidade identificar possíveis relações entre variáveis. É uma pesquisa analítica, onde o pesquisador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de coletar dados para evidenciar teorias, hipóteses e modelos pré-concebidos.

Segundo Gil (2010), o objetivo das pesquisas exploratórias é proporcionar familiaridade com o problema, tornando-o assim mais explícito e levantar hipóteses. O planejamento deve ser maleável, pois interessa analisar os mais variáveis aspectos referentes ao fato ou fenômeno exposto.

Segundo Bardin (2009), os estudos quantitativos têm o objetivo de trazer indicadores, dados e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos com aplicabilidade prática. Esse tipo de abordagem fundamenta-se na frequência em que aparece um determinado elemento mensagem e é válida na elaboração de deduções específicas sobre o acontecimento preciso.

Minayo (2010) explica que a pesquisa qualitativa é a melhor resposta quando se intenciona investigar grupos e uma vez que esse método é fundamentado teoricamente permite o desvelar dos processos sociais dos referentes grupos, propiciando da sistematização do conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo e dos processos em estudo, bem como a construção, revisão e criação de novos conceitos e novas abordagens durante a investigação.

Portanto, Minayo (2010) complementa que tanto as abordagens quantitativas e qualitativas exercem cada um seu papel, lugar e adequação, e juntos podem conduzir a importantes achados sobre uma realidade social.

### **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), CNPJ: 08.241.754/0104-50, localizado a Rua Antônio Vieira de Sá, Bairro Aeroporto, CEP: 59607-100, município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A escolha deste local atribui-se ao mesmo ser de médio porte e atuar na cobertura de usuários de Mossoró e região. O local também

é utilizado para campos de estágios de instituições de ensino e incentiva o desenvolvimento de estudos e produções científicas.

O outro campo para coleta de dados foi o Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC), localizado à rua Juvenal Lamartine, 334, CEP: 59621-040, município de Mossoró, Rio Grande do Norte. CNPJ: 08.256.240/0001-63. É uma Instituição que oferece os serviços de assistência materno-infantil, UTI adulto e neonatal, cirurgias gerais de pequeno e médio porte, dando cobertura à Mossoró e regiões circunvizinhas.

### **4.3 População e Amostra**

População (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo. Amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou plano (SILVA e MENEZES, 2005).

A amostra foi feita através de seleção por um processo de divisão, para representar a população. Em suma, a amostra é uma subclasse da população, escolhida de acordo com cada projeto desde o traçado do seu planejamento (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Desta forma, a população da pesquisa foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico (CC) do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) e do Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC). A amostra foi composta por 12 enfermeiros e 12 técnicos, sendo 06 de cada categoria em cada uma das unidades hospitalares mencionadas.

Os critérios de inclusão foram: os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes no CC com, no mínimo, 06 meses de experiência, desde que os mesmos concedam participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão citam-se os enfermeiros que tenham tempo de experiência inferior à supracitada, que estiverem de férias, de licença e que se recusarem participar da pesquisa.

### **4.4 Instrumentos para Coleta de Dados**

A entrevista semiestruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados, na qual, de acordo com Minayo (2010), é uma junção de perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado ter a possibilidade de discutir sobre o assunto exposto, sem respostas ou

condições preestabelecidas pelo pesquisador. Sendo assim, usou-se uma temática livre de forma espontânea ao participante.

As entrevistas semi-estruturadas combinaram perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista. [...] Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados. (BONI & QUARESMA, 2005).

Foi ainda aplicado um questionário, com questões objetivas, com o intuito de colher dados acerca de eventos adversos e da utilização do *Checklist* em Centros Cirúrgicos, de forma mais sucinta e prática, utilizando-se de questões de múltipla escolha.

O questionário, segundo Gil (2010), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Construir um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas irão proporcionar dados ao pesquisador para descrever as características da população pesquisada (GIL, 2008).

#### **4.5 Procedimentos para coleta de dados**

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE e, após a sua aprovação, foi enviado Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN aos Hospitais citados. A entrevista semiestruturada, assim como os questionários, foram aplicados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, nos turnos manhã, tarde ou noite, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Houve uma primeira abordagem, dirigida à coordenação de Enfermagem responsável pelas instituições, a fim de se expor a relevância do estudo. A seguir, foram abordados individualmente os 24 participantes para a coleta dos dados. A entrevista foi gravada em celular para que a subjetividade dos entrevistados seja extraída através de sua própria narrativa,

facilitando suas descrições. Após esse processo foram transcritas na íntegra e em prol da análise dos dados colhidos.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e tiveram seu anonimato mantido, de acordo com os princípios éticos e legais que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, N° 466/2012 (BRASIL, 2012).

#### **4.6 Análise dos Dados**

Foi utilizado a análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, enriquecendo os dados coletados. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. O mesmo autor explica ainda que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. (BARDIN, 2011).

De acordo com Flick (2009), essa análise consiste em um meio seguro. Os dados constituídos entre si se tornam apenas dados brutos, e só terão sentido ao serem produzidos de acordo com uma prática de análise apropriada. A análise de conteúdo, além de realizar a interpretação após a coleta dos dados, é desenvolvida por meio de técnicas consideradas refinadas.

A análise quantitativa dos dados foi operacionalizada através da interpretação dos resultados dos questionários aplicados, sendo eles representados em tabelas, gráficos e porcentagens.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

É imprescindível destacar que durante todo o percurso da pesquisa foram considerados os aspectos éticos, contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção

técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Foi encaminhada para análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, havendo avaliação de acordo com os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Princípios éticos foram assegurados, envolvendo respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Foi informado ao participante que haverá o anonimato dos entrevistados, assim como o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

O estudo em questão pode apresentar riscos para o (a) participante, bem como constrangimento diante dos questionamentos ou receio de exposição. No entanto, os mesmos foram minimizados através da utilização de instrumentos de coleta que não proporcionam conotações negativas, de caráter pessoal ou profissional. A realização da coleta de dados foi ainda em um local reservado, possibilitando total privacidade.

Em relação aos benefícios, espera-se que com esta pesquisa os profissionais reflitam sobre a importância do *Checklist* para Cirurgia Segura e sua implementação na rotina dos Centros Cirúrgicos, bem como expor para o meio acadêmico as informações trabalhadas e resultados obtidos através desta relevante pesquisa acerca da segurança e melhoria na assistência ao paciente no período perioperatório.

## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. Caracterização do perfil dos entrevistados do Centro Cirúrgico

Procurou-se mostrar a relevância do estudo para os entrevistados e também para os hospitais citados, e a perspectiva da pesquisa era identificar a importância da aplicabilidade do *Checklist* nos Centros Cirúrgicos sob a ótica da enfermagem. O roteiro continha perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade. Os dados coletados para proceder a análise quantitativa estão na tabela a seguir, para melhor interpretação dos resultados adquiridos. Vejamos a tabela abaixo:

**Tabela 1** - Valores de frequência simples e porcentagem dos dados sociodemográficos. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	23	95,83
Masculino	01	4,16
<b>Idade</b>		
18- 29	04	16,66
30-45	17	70,83
46-55	03	12,50
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	10	41,66
Casado	08	33,33
Divorciado	05	20,86
Outros	01	4,16
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	0	0
Ensino Médio	10	41,66
Superior	06	25
Pós-Graduação	08	33,33
<b>Tempo de Trabalho CC</b>		
6 meses a 1 anos	01	4,16
1 ano a 5 anos	11	45,83
5 anos a 10 anos	10	41,66
Mais de 10 anos	02	8,33

Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

O primeiro passo do estudo foi sobre o perfil do público-alvo, em que das 24 entrevistas realizadas (12 em cada instituição), 23 entrevistadas eram do sexo feminino, totalizando 95,83% do total e 1 do sexo masculino, totalizando 4,16%, conforme pode ser observado na tabela 1.

De acordo com os dados acima, no que se refere ao gênero, é nítido que sexo feminino predomina nesse setor.

Souza et al. (2014) aponta que há relatos da presença feminina nas práticas de enfermagem desde tempos remotos, no desempenho da arte do cuidar das mais diferentes formas, concebidos através de saberes que eram passados de geração para geração, voltados para o cuidado de homens, mulheres, crianças, idosos, deficientes e pobres. Para este autor, a relação estabelecida entre a enfermagem e o gênero feminino é um fator determinante na segregação técnica, política e social do trabalho, infligindo menor valor profissional para quem a exerce. No entanto, apenas no final do século XIX, principalmente na Inglaterra da Era Vitoriana, sob influência de Florence Nightingale, ocorreu a feminização e foi instituída a divisão sexual nas práticas de enfermagem.

As características dos entrevistados, quanto à idade, dentre os 24 entrevistados os dados mostram que: na faixa dos 18 aos 29 anos, foram 4 entrevistados, somando uma porcentagem de 16,66%; de 30 a 45 anos, foram 17 entrevistados, somando uma porcentagem de 70,83%, mais da metade; de 46 a 55 anos, 3 entrevistados, somando uma porcentagem de 12,50%.

O próximo item está relacionado ao estado civil dos participantes. Foi identificado que: 8 são casados (33,33%); 10 são solteiros (41,66%); 5 divorciados, correspondendo a 20,86%; e classificados como “outros”, 1 entrevistado (4,16%). Portanto, podemos perceber que a maioria dos enfermeiros que atuam no Centro Cirúrgico são solteiros ou casados, como apresenta a tabela 1 acima.

Com relação à formação acadêmica dos profissionais, observou-se que dos 24 entrevistados, 10 concluíram a formação no ensino médio, somando uma porcentagem de (41,66%); 6 entrevistados concluíram a formação acadêmica, somando uma porcentagem de (25%); 8 concluíram a formação de pós-graduação, somando uma porcentagem de (41,66%).

Com relação ao tempo de trabalho no Centro Cirúrgico, os dados apontam que de 6 meses a 1 ano correspondeu a 4,16% dos respondentes; de 1 a 5 anos correspondeu a 45,83%; 5 a 10 anos correspondeu a 41,66%; e mais de 10 anos correspondeu a 8,33%.



## 5.2 Conhecimento dos entrevistados acerca do *Checklist* para Cirurgia Segura

É importante destacar que, mantendo-se os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a identidade dos entrevistados foi preservada e substituída por epítetos, representados por letras e números. Para os enfermeiros, foi utilizada a letra “E” precedida da numeração de 1 a 12 e os técnicos de enfermagem, pela letra “T”, também de 1 a 12.

Segundo Freitas et al. (2014), o *Checklist* é uma ferramenta útil para diminuir eventos adversos em hospitais. Essa lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*Checklist*) tem como objetivo auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança. O uso dessa ferramenta visa melhorar a assistência cirúrgica, por meio de padrões de segurança.

Foi questionado a cada um dos entrevistados se eles já conheciam algo acerca do *Checklist* para Cirurgia Segura e as principais respostas que mais chamaram atenção:

Sim, é uma ferramenta importante para facilitar os procedimentos e evitar erros durante as cirurgias. (T1)

Sim. Consiste em um formulário a ser preenchido antes dos procedimentos cirúrgicos com o objetivo de diminuir os possíveis riscos iminentes às cirurgias e promover segurança ao paciente. (E2)

Sim, é um instrumento importante para segurança do paciente e da equipe cirúrgica, tanto no pré, no trans e no pós-operatório. (E3)

[...] Trata-se de medidas adotadas para supervisão e redução dos riscos que possam acontecer, a aplicação do Checklist busca favorecer o atendimento prestado para q tudo saia bem dentro do planejado. (E4)

De acordo com Sousa, Uva e Serranheira (2010), a segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e seus familiares, que desejam sentir-se confiantes e seguros, como para os profissionais de saúde cuja “missão” principal consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível.

Como alternativa para o enfrentamento do problema, a enfermagem deve implementar protocolos assistenciais, como o *Checklist* de Cirurgia Segura, além de utilizar ferramentas para a comunicação eficaz, envolvendo a equipe multidisciplinar, por isso, a gestão da unidade deve estar envolvida em prever e prover os recursos necessários para seu funcionamento, além de

atender às demandas do serviço com menor desgaste dos trabalhadores. A falta de organização do serviço é um aspecto que está relacionado a eventos adversos. (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Os entrevistados do estudo demonstraram ter conhecimento sobre a temática abordada. Quando se refere ao real objetivo do mesmo, notou-se que os profissionais reconheceram e compreenderam o objetivo central do *Checklist*, que é a segurança do paciente, diminuindo assim índices de morbidade e mortalidade por complicações no ato cirúrgico e também perceberam a importância do instrumento para a equipe como facilitador na assistência, resultando em melhor atendimento.

### **5.3 Opinião dos profissionais quanto a relevância do preenchimento do *Checklist***

Segundo Pancieri, Carvalho e Braga (2014), o *Checklist* não é apenas uma ferramenta para garantir segurança ao paciente, mas é, também, um importante método de melhorar a comunicação na sala cirúrgica. Ele nos dá a oportunidade de expressar as preocupações a todos os membros da equipe cirúrgica. Entretanto, a comunicação na sala é algo que ainda precisa ser melhorado, uma vez que muitos profissionais têm dificuldade em compartilhar informações verbalmente.

Muito importante para o paciente e a equipe de trabalho. Garante uma cirurgia mais segura, dá mais garantia. (T5)

Sim, pois toda e qualquer cirurgia precisa proporcionar segurança ao paciente. 50% de ocorrências de mortes podem ser evitadas. E contribui para comunicação multiprofissional e constrói um cuidar de modo transformador. (E6)

O relato dos entrevistados, acima, confirma que a aplicação da ferramenta *Checklist* no serviço de enfermagem desta instituição revelou ser uma boa estratégia para interação da equipe, sendo oportuno para detectar não conformidades e traçar melhorias para o serviço.

Acho que mais um papel para preencher, os funcionários deveriam receber informações antes. (T7)

Os profissionais têm sido sobrecarregados com atividades burocráticas, dedicando até 50% do seu tempo coletando, administrando, documentando e administrando informações. O ideal seria realizar treinamentos com todos os profissionais que irão atuar na sala operatória, o

que se mostra imprescindível para o sucesso do programa de cirurgia segura. Utilizar esse instrumento é muito mais do que simplesmente checar uma lista de itens aleatórios a cumprir.

Os entrevistados, em sua totalidade, demonstraram conhecer o *Checklist*, mas isso não quer dizer que eles saibam utilizá-lo de forma correta. Enquanto não for mostrado a todos o porquê e como utilizá-lo corretamente, a equipe não estará preparada para fazer uso desse instrumento.

Portanto, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada, o que se dá quando as equipes compreendem a importância do instrumento.

Importante, porque assegura a equipe e a paciente o que foi utilizado durante o procedimento cirúrgico e numa eventual intercorrência tem como ter certeza ao averiguar o Checklist. (E8)

O uso do *Checklist* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, e a apresentação dos membros da equipe, antes do procedimento, melhora a segurança para o paciente. (PANCIERI et al., 2015).

#### **5.4 Utilização do Checklist nas instituições pesquisadas**

Foi perguntado aos entrevistados quanto ao uso do *Checklist* em suas instituições. 50% deles afirmou o uso do instrumento e 50% informou que ainda não foi implementado, mas que estava em processo de construção.

Ainda não. Acho que deve ser implantado sim, pois a importância do Checklist para cirurgia segura favorece e abrange o cuidado ao usuário de maneira integral, organizada e peculiar, já que também é um método fundamental diante da complexidade que é o cuidar. (E9)

Não utilizamos, acho importante a implementação da segurança profissional, responsabilidade com ações desenvolvidas durante a assistência. (T10)

Sim, pois na rotina com grande demanda pode-se esquecer algo, já com o Checklist isso não aconteceria. (E11)

Sim, é de extrema importância, pois visa minimizar erros com relação ao procedimento cirúrgico. (T12)

Urge, a partir do observado, que as instituições que não utilizam promovam a implementação imediata da referida ferramenta, visto que com base em todas as características

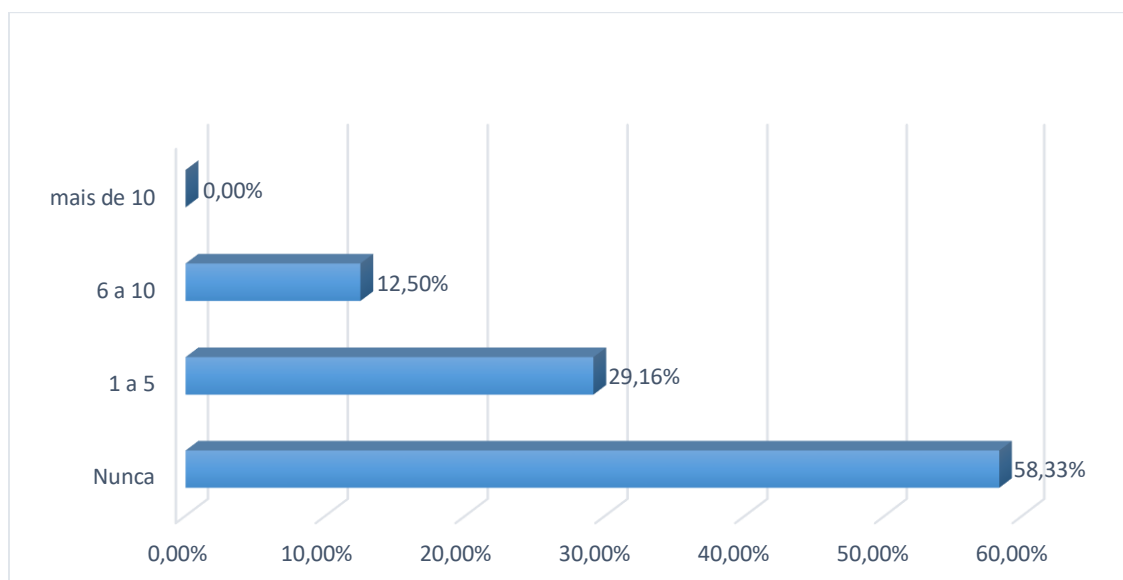
benéficas comprovadas nesta pesquisa, o *Checklist* só vem acrescentar positivamente à segurança e organização no processo perioperatório.

### 5.5 Relato dos Entrevistados quanto à Eventos Adversos em Centro Cirúrgico

Esta categoria foi analisada quantitativamente através de um questionário de múltipla escolha, onde os profissionais elencaram 14 (catorze) tipos de Eventos Adversos quanto à sua ocorrência. Quantificaram os episódios que vieram a ocorrer consigo mesmos ou mediante sua presença, testemunhados em sala de cirurgia.

Lembrando que Eventos Adversos (EA) é uma complicação indesejada ou uma injúria não intencional decorrente da atenção à saúde, que ocasiona lesão no paciente. São incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde que resultam em danos ao paciente, danos esses que podem ser físicos, sociais e psicológicos, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (SILVA; AMANTE, 2015).

**Gráfico 1-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à Identificação do Paciente. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores

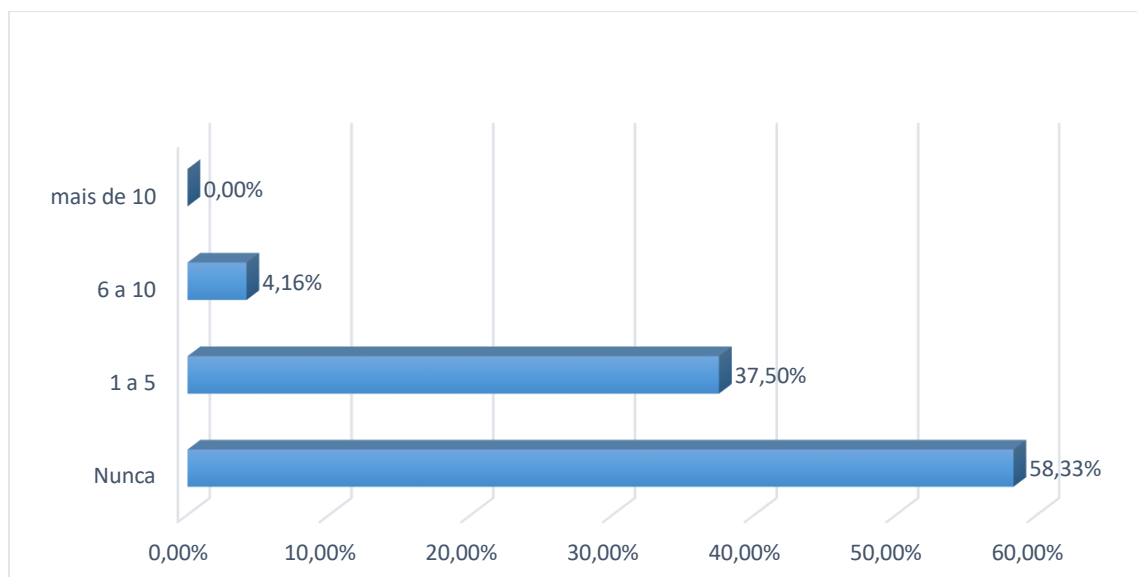
podem potencializar os riscos na identificação do paciente, como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente (BRASIL, 2013).

No cotidiano, observa-se que os serviços de saúde adotam diferentes maneiras de identificar os pacientes, como a utilização de pulseiras, placas nas cabeceiras, adesivos nas roupas e crachás (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Alguns hospitais já utilizam o sistema de pulseiras de identificação. Segundo Brasil (2013), esses processos de identificação de pacientes demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência.

O gráfico acima mostra que 58,33% dos entrevistados afirmou nunca ter observado problemas quanto à identificação de pacientes em suas rotinas, sendo que 29,16% relata que pelo menos de 1 a 5 vezes esse fato já ocorreu, um número que ainda assusta, daí a importância do uso do *Checklist*, que certamente minimizaria os riscos de situações errôneas, que podem resultar em prejuízos à saúde dos pacientes.

**Gráfico 2-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao local ou lateralidade da cirurgia. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



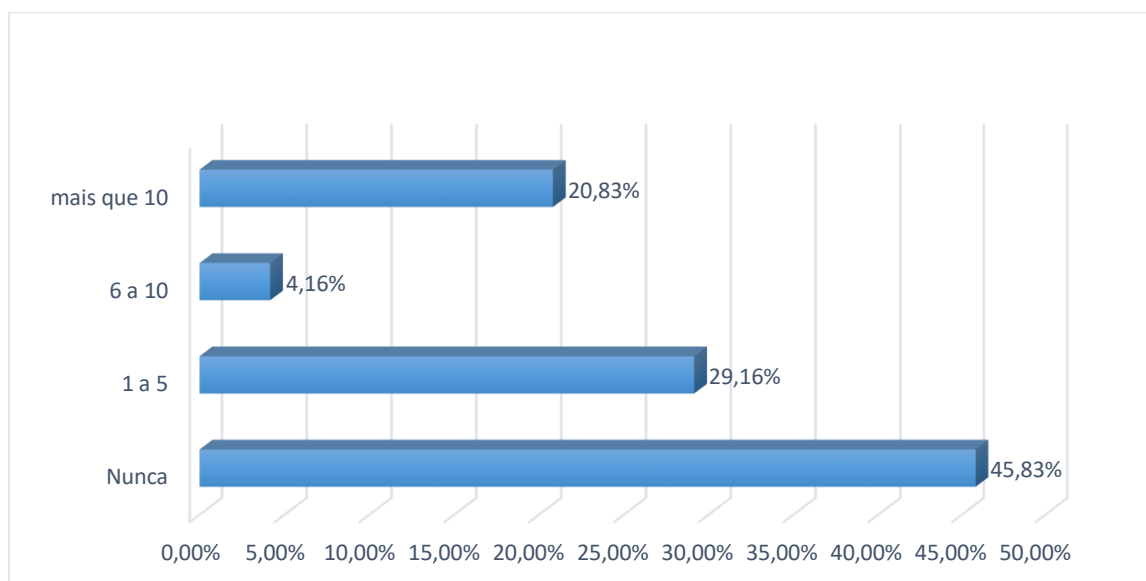
Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Brasil (2013) afirma categoricamente que a demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (por exemplo: dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (por exemplo: coluna vertebral).

As adversidades quanto à localização da lateralidade durante procedimentos cirúrgicos ainda ocorrem nos dias de hoje. É necessário atentar para isso, pois pode acarretar danos irreversíveis. Com o preenchimento correto da Lista de Verificação, esses riscos poderão ser reduzidos, tornando o procedimento seguro, tanto para o paciente quanto para equipe cirúrgica.

Como observado no gráfico acima, os entrevistados indicaram que este Evento Adverso ocorreu de 1 a 5 vezes, cerca de 37,50% e de 6 a 10 vezes, representando 4,16%, ou seja, isso é algo significativo para nossa realidade, que pode diminuir com o uso correto do *Checklist* para Cirurgia Segura.

**Gráfico 3-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto a assinaturas de termo de consentimento do paciente ou responsável. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

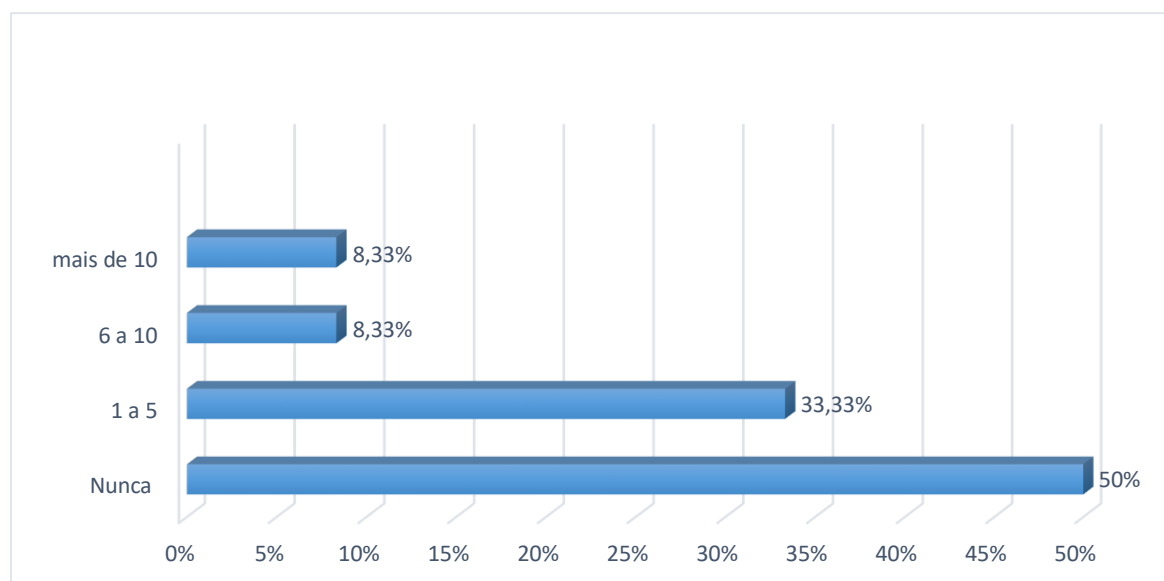


Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

De acordo com Oliveira, Pimentel e Vieira (2010), o termo de livre consentimento é o documento no qual o paciente ou seu representante legal toma conhecimento de sua doença e chances de reversibilidade da mesma, alternativas de tratamento, efeitos adversos esperados e prognósticos. É necessário que o termo contenha informações claras, verídicas e de fácil entendimento por parte do paciente. O TCLE deve estar isento dos defeitos decorrentes de expressão da vontade, elencados no art. 138 e seguintes do Código Civil de 2002, a saber: erro, dolo e coação.

De acordo com a ilustração acima, 45,83% dos entrevistados afirmam não ter presenciado lapsos quanto à assinatura do TCLE e que de 1 a 5 vezes, ou seja, 29,16%, confirmaram algum tipo de intercorrência com o termo. As instituições devem atentar para esse número, pois isso é um respaldo legal, tanto para o paciente quanto para os profissionais da equipe e para a própria instituição de saúde.

**Gráfico 4-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao processo anestésico. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

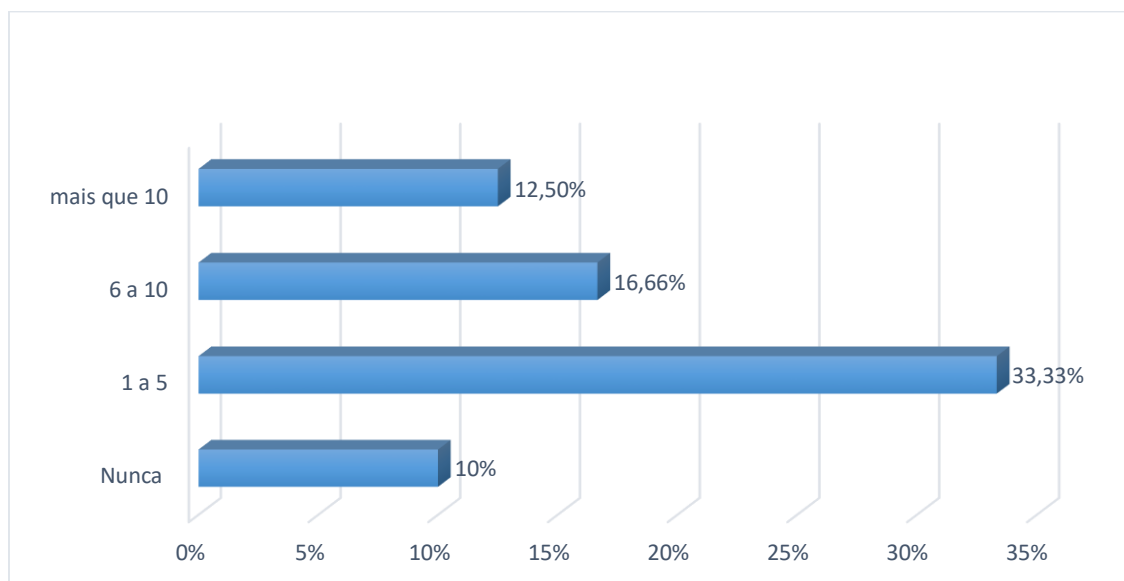
Segundo Grigoletto, Gimenes e Avelar (2011) o procedimento anestésico-cirúrgico é parte integrante da assistência à saúde, contribuindo na prevenção de agravos à integridade física e perda de vidas.

Em Anestesiologia, existe uma padronização de procedimentos e detecção precoce de riscos com o objetivo de reduzir a taxa de eventos adversos, entretanto, os erros médicos relacionados ao procedimento anestésico ainda contribuem de forma expressiva para o aumento da incidência de morbimortalidade em ambiente cirúrgico, e representam um elevado custo para os sistemas de saúde ao redor do mundo (MAGALHÃES, 2015).

A avaliação das ações de enfermagem prestadas durante o ato anestésico tem como finalidade identificar as atividades da equipe de enfermagem na sala cirúrgica durante a anestesia, e como estas atividades podem contribuir para segurança do paciente e planejamento da assistência (LEMOS; PENICHE, 2016).

O gráfico designa que 50% dos entrevistados nega ter presenciado um evento adverso durante processo anestésico, sendo que 33,33% deles já viram isso acontecer de 1 a 5 vezes. Esses eventos podem deixar de existir ou serem amenizados com a implementação da lista de verificação (*Checklist*).

**Gráfico 5-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à monitorização do paciente. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



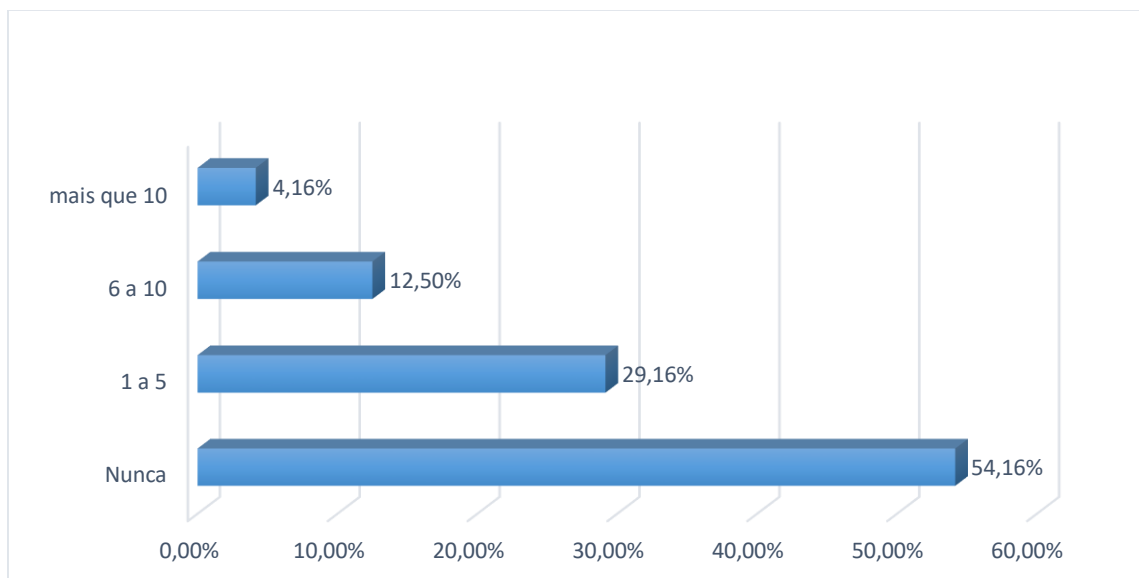
Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Os sinais vitais indicam a condição hemodinâmica e homeostase de uma pessoa. A observação rigorosa destes parâmetros fornece excelentes parâmetros para intervenções rápidas e eficientes, no intuito de se conseguir o retorno à condição basal do cliente. São parâmetros importantes: temperatura, pulso, pressão arterial, respiração, eletrocardiograma, oximetria de pulso e monitorização cardíaca.

O gráfico mostra que apenas 10% dos entrevistados já observaram ou presenciaram lapsos quanto à monitorização do paciente, sendo que 33,33% deles já presenciaram este EA de 1 a 5 vezes; 16,66% de 6 a 10 vezes e 12,50% relataram ter vivenciando adversidades com monitorização de paciente mais de 10 vezes. Este cuidado é indispensável, pois é através dos parâmetros mencionados que se avaliam as condições do paciente.

**Gráfico 6-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à ocorrência de alergias medicamentosas. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



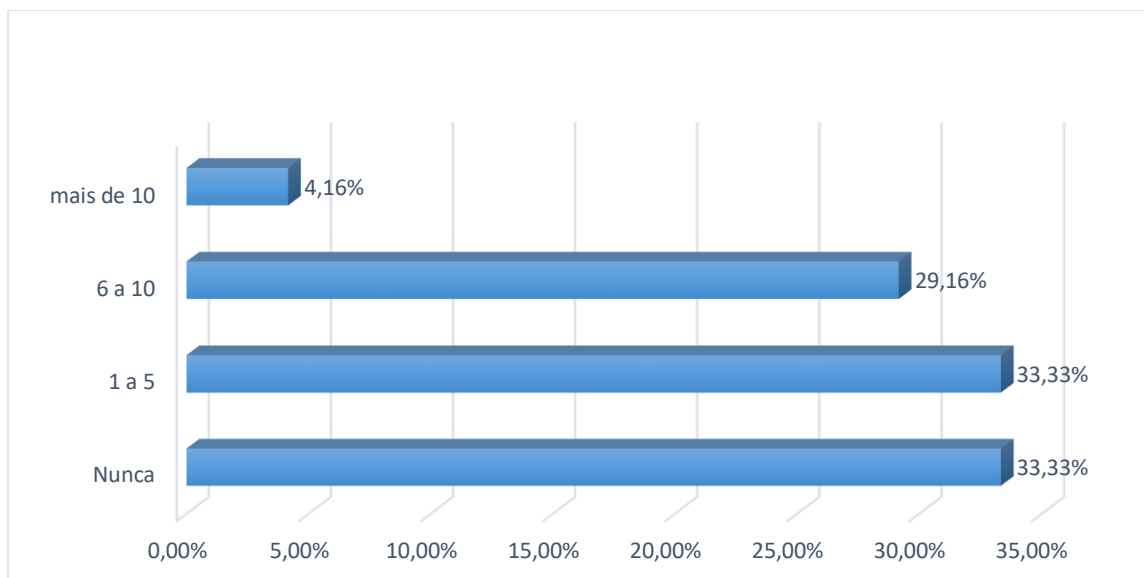


Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Enfatiza Brasil (2013) que o profissional deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, se já tem conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiológista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiológista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

Logo acima, o gráfico mostra que 54,16% dos entrevistados diz não conhecer eventos adversos dessa natureza no Centro Cirúrgico, já 29,16% relatam que de 1 a 5 vezes isso veio acontecer, um número alarmante tendo em vista que, exemplificando, uma reação medicamentosa pode levar um indivíduo à morte.

**Gráfico 7-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto a lapsos na administração de medicações. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

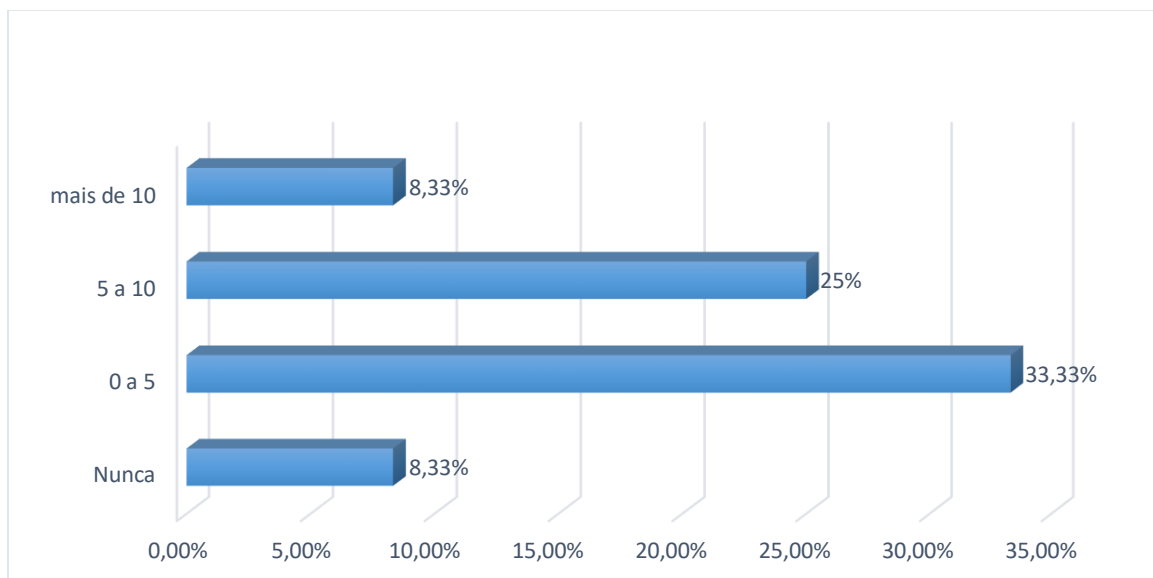


Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Segundo Brasil (2013), o correto é conferir se o nome do medicamento que está em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado, conhecer o paciente e suas alergias, conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito, identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe. Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e notificados. Alguns medicamentos são associações, nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

Dados comprovam, no gráfico acima, que 33,33% dos entrevistados negam lapsos na administração de medicação e 33,33% afirmam que já ocorreram episódios de 1 a 5 vezes. Isso é algo preocupante, pois eventos assim podem causar danos irreversíveis.

**Gráfico 8** - Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto a falta de membro (componente) na equipe cirúrgica. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



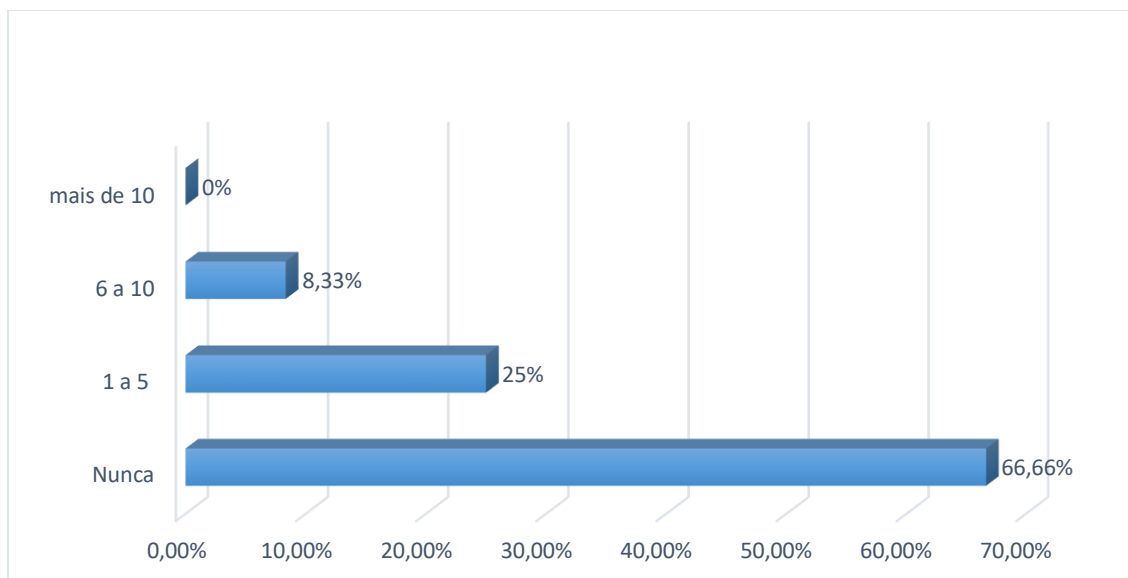
Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

O timeout, item intermediário do *Checklist*, deve ser realizado já com o paciente em sala operatória (SO), imediatamente antes da incisão na pele. Neste momento, o Enfermeiro ou o circulante de sala, o confere, em voz alta, na presença do Médico Cirurgião, do Médico Auxiliar, do Anestesiologista, do Instrumentador Cirúrgico e do Técnico de Enfermagem. Caso algum item não esteja correto, o procedimento deverá ser interrompido até a regularização do mesmo (MARTINS & CARVALHO, 2014).

A Resolução do COFEN-280/2003, que dispõe sobre a proibição do profissional de enfermagem em auxiliar procedimentos cirúrgicos, em seu Art. 1º designa: "É vedado a qualquer Profissional de Enfermagem a função de Auxiliar de Cirurgia".

De acordo com o gráfico, 8,33% negam já ter ocorrido a falta de membros na equipe e 33,33% afirmam que de 1 a 5 vezes já aconteceu essa falta, sendo necessário que um profissional de enfermagem auxiliasse o cirurgião em procedimentos cirúrgicos. Isso é ilegal. Deve sempre existir um cirurgião auxiliar no processo cirúrgico, elemento fundamental para a segurança do paciente.

**Gráfico 9-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao tipo de cirurgia realizada. Mossoró/RN. Brasil, 2017



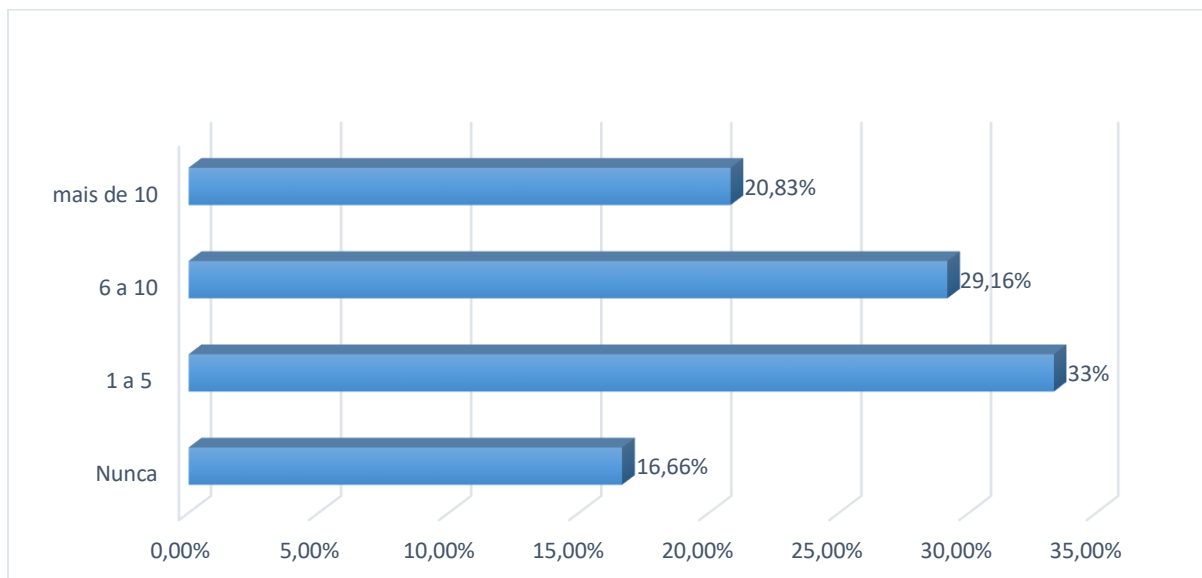
FONTE: Dados do Autor

Brasil (2013), no Protocolo Para Cirurgias Seguras, afirma que 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. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde.

A chave para prevenir a cirurgia em local errado é realizar diversas verificações independentes de informações críticas. [...] O ato de marcar o sítio cirúrgico dá ao paciente a chance de se manifestar antes de ser sedado ou da indução anestésica. [...] Os cirurgiões devem ter acesso a todas as informações relevantes e se envolver nos processos de prevenção de cirurgias em local errado, particularmente na pausa cirúrgica final [time out], parte que compõe o *Checklist*. (CLARKE et al., 2008).

De acordo com as entrevistas realizadas os dados quantitativos indicam que 66,66% dos entrevistados afirmaram nunca terem observado a diversidade quanto a troca de tipo de cirurgia, porém 25% já vivenciaram ou observaram este acontecimento de 1 a 5 vezes e 8,13% já observaram esse lapso de 6 a 10, não mais que isso. Este dado ainda ocorre em larga escala, visto que consiste em um número ainda alto para nossa realidade.

**Gráfico 10** - Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à falta de material ou instrumental necessário ao procedimento cirúrgico após o início do ato. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



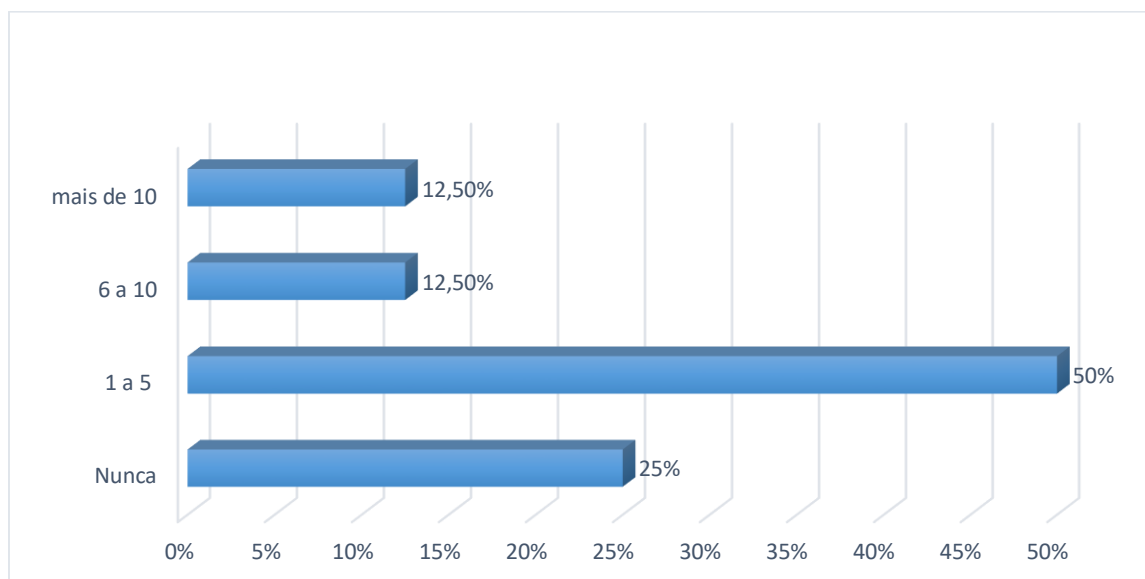
Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Garcia et al. (2012) reforça que a atuação do enfermeiro na administração de recursos materiais constitui-se em conquista nas esferas de tomada de decisão, destacando a importância do seu papel na dimensão técnico-administrativa inerente ao processo de cuidar e gerenciar. É válido ressaltar que a aquisição de materiais em instituições públicas segue a lei 86.666/1993, que norteia as licitações.

O Protocolo Para Cirurgias Seguras, da ANVISA, ainda defende que o instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e igualmente por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização foi bem-sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura, foram avaliadas pela enfermagem. (BRASIL, 2013).

O gráfico mostra que 16,66% dos respondentes negaram a falta de material ou instrumental para procedimento cirúrgico. O que chamou a atenção é o fato de que 33,33% afirmou já ter observado adversidades quanto à falta de material, ou de 1 a 5 vezes. Essa situação atual deveria ser evitada, pois põe em risco a vida do paciente que vai se submeter a qualquer procedimento cirúrgico.

**Gráfico 11-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao esquecimento da antibioticoterapia profilática no pré ou transoperatório. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

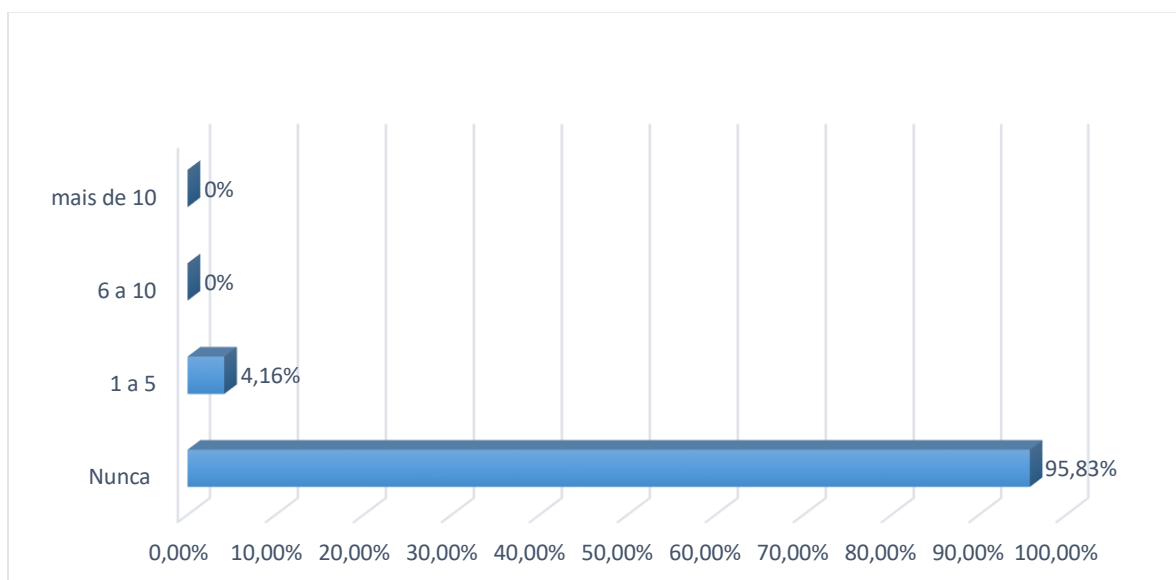
O Colégio Brasileiro de Cirurgiões lançou, em 2002, um Programa de Atualização em Uso de Antibióticos em Cirurgia. Nesta obra, temos importantes informações acerca deste tema. O programa lembra que o uso de antibióticos em cirurgia vem sofrendo grandes modificações, desde a década de 1960. O advento e o conhecimento da ação profilática desenvolveram-se neste período, em que também tivemos um grande aprendizado com a capacidade da bactéria se desenvolver e adquirir resistência a novos fármacos. Discute que o uso inadequado de um antimicrobiano determina, além das consequências imediatas da má utilização no paciente específico, um comprometimento importante para toda a comunidade hospitalar, pois pode produzir ou piorar os efeitos da resistência bacteriana.

Profilaxia com antibióticos é considerado fundamental na redução da infecção de sítio cirúrgico. Questiona-se o anestesiológico quanto à dose de antibiótico profilático administrada nos últimos 60 minutos. Caso não tenha sido administrado, fazê-la antes da Incisão da Pele. Caso tenha sido administrada há mais de 60 minutos, a equipe deve considerar que a dose seja refeita. Nas situações onde o cliente estiver recebendo tratamento com antibióticos, este item passa a ser irrelevante (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

O gráfico acima demonstra que apenas 25% dos entrevistados têm conhecimento sobre o esquecimento da antibioticoterapia profilática; já 50%, o que quer dizer metade deles, sabe da existência de episódios de esquecimento por parte da equipe, o que acende um alerta,

sabendo-se da importância dessa administração previamente. Com o uso do *Checklist* poder-se-ia evitar esta situação, já que é um dos itens que compõem a lista.

**Gráfico 12-** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto ao esquecimento de material ou instrumental em cavidade interna do paciente. Mossoró/RN. Brasil, 2017.

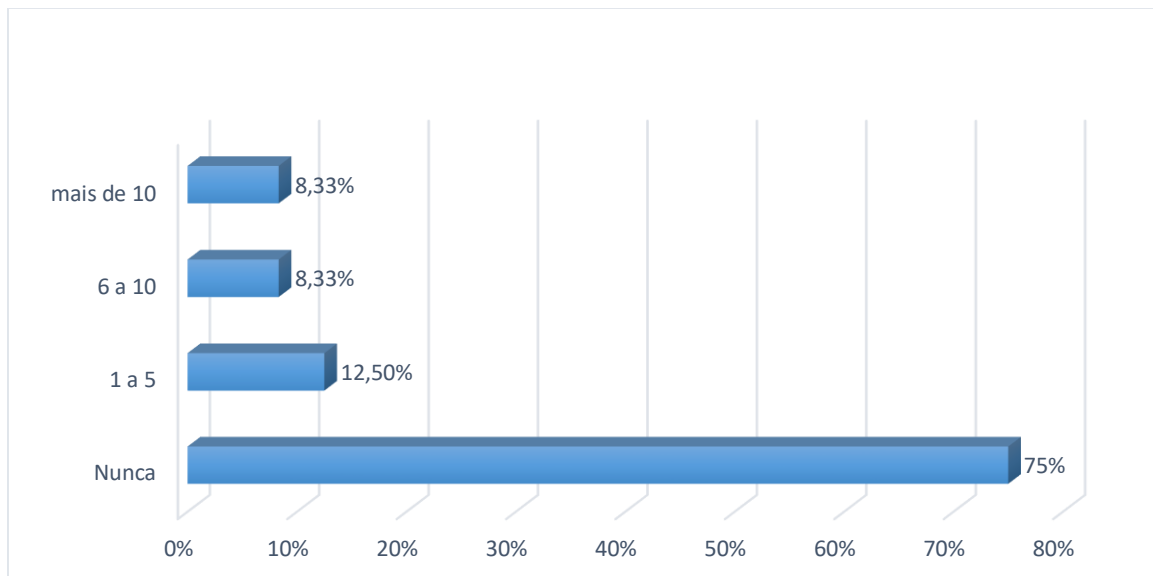


Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

A descrição de corpos estranhos retidos na cavidade abdominal após um procedimento cirúrgico é escassa na literatura médica. A subnotificação dos casos está diretamente correlacionada à natureza deste infortúnio, porquanto sua constatação expõe a equipe cirúrgica e também pode trazer dissabores sob a égide de uma demanda jurídica, qualificável como erro médico (SCHANAIDER & MANSO, 2006).

Analisando o gráfico acima fica evidenciado que 95,83% dos entrevistados, quase a totalidade deles, negam acontecimentos desse tipo e 4,16% afirmam ter acontecido de 1 a 5 vezes, não mais que isso.

**Gráfico 13 -** Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à ocorrência de problemas com identificação, troca ou extravio de amostra para anatomia patológica. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

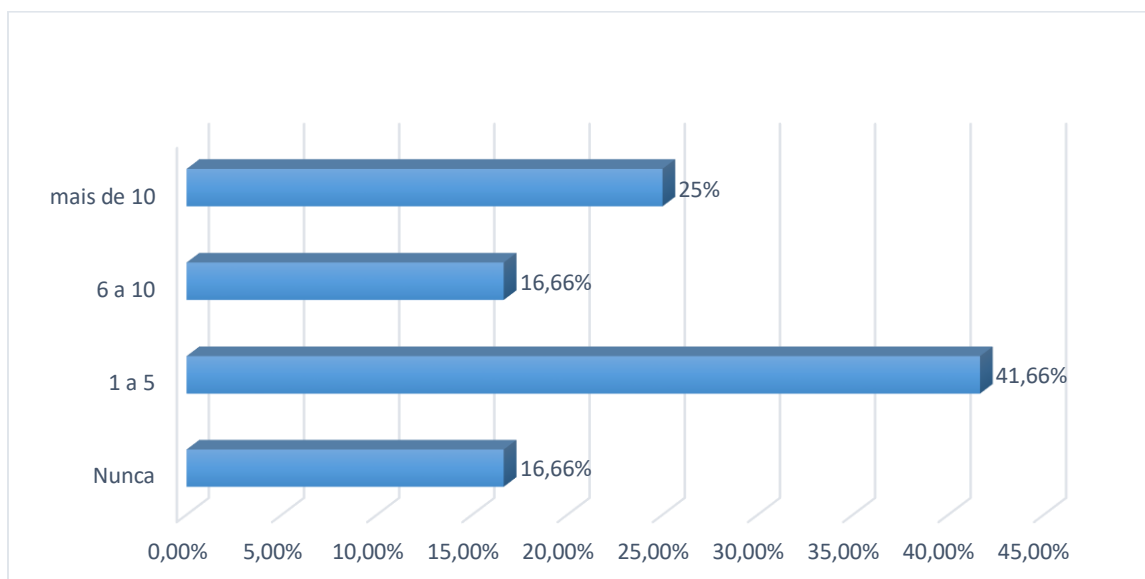
O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras. (BRASIL, 2013).

O Instituto do Coração - INCOR (2017) recomenda que o material coletado por médico deve ser rapidamente acondicionado em frasco de boca larga ou em outro recipiente adequado contendo solução de FORMOL a 10%, devidamente vedado. Levando em conta que o volume ideal de formol para cada peça está em torno de 20 a 10 vezes o volume do material. O frasco deve ser corretamente e imediatamente identificado com o nome do paciente e é indispensável o preenchimento da ficha de solicitação do exame pelo médico, constando todos os dados pertinentes ao material (natureza e localização) e ao paciente, que contribuam para a correlação anátomo-clínica e conclusão diagnóstica final, tais como o problema clínico, informações laboratoriais e de imagens, hipóteses diagnósticas e todas as dúvidas que o exame deve tentar responder.

Na ilustração do gráfico acima fica evidenciado que 75% dos entrevistados negam problemas com identificação, troca ou extravio de amostra para anatomia patológica; 12,50% afirmam ter ocorrido de 1 a 5 vezes e 8,33% afirmam que ocorreu de 6 a 10 vezes e a mesma porcentagem para mais de 10 vezes. É um dado que chama atenção, pois o extravio de peças é inclusive passível de processos jurídicos contra a equipe e a própria instituição.



**Gráfico 14** - Distribuição dos valores acerca de Eventos Adversos quanto à ocorrência de defeitos não solucionados nos equipamentos de sala operatória. Mossoró/RN. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Estudo documental, retrospectivo, identificou a ocorrência de 42 EA, dos quais 26,2% se relacionavam à problemas de estrutura da sala cirúrgica, como manutenção dos equipamentos e fornecimento de materiais e 73,8% à assistência, como intercorrências, complicações devido à anestesia, queimadura pelo uso de bisturi elétrico, ausência de um cuidado humanizado, descuido na checagem pré-operatória e quedas (BEZERRA et al., 2015).

O gráfico acima apresenta que 16,66% dos entrevistados negam ocorrência de defeitos em equipamentos nas salas cirúrgicas e 41,66% afirmam que já testemunharam defeitos, de 1 a 5 vezes, mas que muitas vezes tais defeitos são solucionados.

Resumindo a análise minuciosa dos dados colhidos, demonstrados anteriormente, segue uma tabela com os valores de frequência das respostas positivas e negativas para os Eventos Adversos ocorridos em Centro Cirúrgico, que justificam a necessidade de se concretizar a operacionalização do *Checklist* para Cirurgia Segura:

**Tabela 2-** Valores de frequência simples da ocorrência de Eventos Adversos. Mossoró/RN. Brasil 2017

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Na identificação do paciente	Sim	10	41,66
	Não	14	58,33
Quanto ao local ou lateralidade da cirurgia	Sim	10	41,66
	Não	14	58,33
Assinaturas de termo de consentimento do paciente ou responsável	Sim	13	54,16
	Não	11	45,83
No processo anestésico.	Sim	12	50
	Não	12	50
Monitorização do paciente.	Sim	14	58,33
	Não	10	41,66
Alergias medicamentosas	Sim	11	45,83
	Não	13	54,16
Lapsos na administração de medicações	Sim	16	66,66
	Não	8	33,33
Falta de membro (componente) na equipe cirúrgica	Sim	22	91,66
	Não	2	8,33
Tipo de cirurgia	Sim	8	33,33
	Não	16	66,66
Falta de material ou instrumental necessário ao procedimento cirúrgico após o início do ato	Sim	20	83,33
	Não	4	16,66
Esquecimento da antibioticoterapia profilática no pré ou transoperatório	Sim	18	75
	Não	6	25
Esquecimento de material ou instrumental em cavidade interna do paciente	Sim	1	4,16
	Não	23	95,83
Problemas com identificação, troca ou extravio de amostra para anatomia patológica	Sim	7	75
	Não	18	29,16
Defeito não resolvido nos equipamentos de sala operatória	Sim	20	83,33
	Não	4	16,66

Fonte: Dados da Pesquisa (2017)

Como se pode interpretar, os valores de observância/ocorrência de EA relativos aos itens “Identificação do Paciente”; “Local ou Lateralidade da Cirurgia”; “Assinatura do Termo de Consentimento”; “Processo Anestésico”; “Monitorização do Paciente” e “Alergias medicamentosas” são próximos aos 50%, ou seja, metade da quantidade da amostra entrevistada manifestou-se de alguma forma acerca do acontecimento prático de lapsos em sala de cirurgia em decorrência de adversidades que poderiam ser evitadas ou minimizadas caso fosse adotada alguma ferramenta de conferência e documentação dos passos pré, trans e pós operatórios.

Em outras categorias, as variáveis “Lapsos na administração de medicações”; “Falta de membro na equipe cirúrgica”; “Falta de material ou instrumental necessário ao procedimento cirúrgico”; “Esquecimento da antibioticoterapia profilática” e “Defeito não resolvido nos equipamentos de sala operatória” confirmam percentuais ainda maiores de EA observados nestes casos, demonstrando claramente o quão numerosas ainda são as adversidades encontradas na rotina de um Centro Cirúrgico, apesar de todo o cuidado e zelo da equipe pelos pacientes e procedimentos realizados.

Por fim, em menor quantidade, porém não nulos, ainda se encontram EA presentes como: “Lapsos quanto ao tipo de cirurgia”; “Esquecimento de material ou instrumental em cavidade interna do paciente” e “Problemas com identificação, troca ou extravio de amostra para anatomia patológica”.

Vale destacar que não se discute nesta pesquisa que os eventos adversos ocorrem por falta de atenção ou cuidado dos profissionais. Não se pretende no estudo julgar a causa dos acontecimentos em questão. Defende-se aqui, robustamente, que a utilização rotineira de uma ferramenta como o *Checklist* Para Cirurgias Seguras pode, comprovadamente, minimizar ou até erradicar muitas dessas adversidades, prevenindo agravos e otimizando substancialmente a assistência cirúrgica ao usuário.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu a aplicabilidade do *Checklist*, lista de verificação de cirurgia. Seu preenchimento requer do enfermeiro ou do profissional que irá preenchê-lo o conhecimento de como realizá-lo em todas as etapas. É necessário conseguir envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos respeitem cada um dos itens da lista e tenham a consciência de que, para sua realização, é necessário fazer, não apenas fingir que se faz.

Analisou-se a importância da aplicabilidade do *Checklist* no processo perioperatório em centro cirúrgico. Os objetivos almejados foram alcançados, visto que no decorrer da pesquisa verificou-se o conhecimento da enfermagem acerca do *Checklist* de cirurgia segura, examinou-se a operacionalização do *Checklist* de cirurgia segura pela enfermagem no centro cirúrgico e foi averiguada a valorização da ferramenta *Checklist* na perspectiva de sua implementação no centro cirúrgico das instituições estudadas.

É preciso enfatizar a responsabilidade de cada profissional durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Para o bom andamento de qualquer procedimento, a comunicação é essencial e o *Checklist* faz com que isso ocorra da melhor maneira possível. Conhecer o procedimento, as preocupações do cirurgião, do anestesiológico e da equipe de enfermagem diminui potencialmente os eventos adversos.

As organizações têm papel fundamental na adequação da lista de forma coerente e eficaz, promovendo a participação dos profissionais, a fim de favorecer que essa e outras estratégias sejam cúmplices no desafio de segurança do paciente cirúrgico.

O obstáculo mais crítico para o bom desempenho de uma equipe cirúrgica é a própria equipe: os cirurgiões, os anestesistas, os enfermeiros e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva. Uma equipe que trabalhe unida para usar seus conhecimentos e suas habilidades em benefício do paciente pode prevenir uma proporção considerável das complicações que ameaçam a vida.

Conhecer a rotina de outros hospitais que já utilizam o *Checklist* foi muito importante para que o desenvolvimento, seu uso e visualização fossem fáceis e eficientes. Esta pesquisa trouxe contribuições para os serviços de saúde por aperfeiçoar suas rotinas de cuidado e assistência perioperatória e também para o meio acadêmico, pois esse necessita de constantes atualizações quanto a este relevante tema, trazendo à tona necessidades e novos questionamentos que incentivam o procedimento de novas pesquisas e enriquecimento científico.

Anseia-se que esta pesquisa gere curiosidade e indagações no meio acadêmico para que sejam formados futuros profissionais capazes de produzir assistência com mais qualidade e pautados na crítica, reflexão e dispostos a melhorar sempre seu âmbito de trabalho, promovendo verdadeiramente o cuidado com vistas à integralidade.

## REFERÊNCIAS

- ALPENDRE, Francine Taporosky. **Cirurgia Segura: Validação de Checklist Pré e PósOperatório**. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
- BARBOSA, Maria Helena et al. Enfermagem Perioperatória e Segurança do Paciente. In: GRAZZIANO, Eliane da Silva et al. **Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura**. São Paulo: Yendis, 2016. Cap. 1. p. 4-6.
- BARDIN, L. (2011). **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70.
- BATISTA, Ruth Ester Assayag; KUSAHARA, Denise Miyuki. Prevenção de Infecção no Sítio Cirúrgico. In: GRAZZIANO, Eliane da Silva et al. **Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura**. São Paulo: Yendis, 2016. Cap. 5. p. 66-73.
- BEZERRA, Willyara Rodrigues et al. Ocorrência de Incidentes em um Centro Cirúrgico: Estudo Documental. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, v. 17, n. 4, p.2-10, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339> . Acesso em: 20 out. 2016.
- BOHOMOL, Elena; MELO, Eliane Ferreira de. Segurança em Cirurgia e Gestão de Recursos Físicos Humanos. In: GRAZZIANO, Eliane da Silva et al. **Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura**. São Paulo: Yendis, 2016. Cap. 2. p. 14-16.
- BOHOMOL, Elena; TARTALI, Juliana de Abreu. Eventos Adversos Em Pacientes Cirúrgicos: Conhecimento Dos Profissionais De Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 4, p.366-381, nov. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307028850012> . Acesso em: 03 nov. 2016.
- BOHOMOL, Elena; TARTALI, Juliana de Abreu. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 4, p.376-381, out. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307028850012> . Acesso em: 15 out. 2016.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a Entrevistar: Como Fazer Entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da Ufsc**, v. 2, n. 1, p.68-80, ago. 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Anexo 03: protocolo para cirurgia segura**. Brasília. 2013. Disponível em: [www20.anvisa.gov.br](http://www20.anvisa.gov.br) Acesso em: 27 maio 2017.
- CHAER, Galdino; DINIZ, Rafael Rosa Pereira; RIBEIRO, Elisa Antônia. A Técnica do Questionário na Pesquisa Educacional. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p.251-266, 2011.
- CHIZZOTTI, A. (2006). **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais** (8a ed.). São Paulo: Cortez

CLARKE, J R et al. Cirurgia em local errado: podemos a prevenir?. **Adv Surg**, v. 42, p.13-31, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN nº 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em <<http://www.portalfcofen.gov>> Acesso em: 15 de maio 2016.

CORONA, Arminda Rezende de Pádua del; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. A Cultura de Segurança do Paciente na Adesão ao Protocolo da Cirurgia Segura. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.179-185, set. 2015.

DIEGO, Luis Antônio dos Santos et al. Construção de uma Ferramenta para Medida de Percepções sobre o Uso do *Checklist* do Programa de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 66, p.351-355, 2015. Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> . Acesso em: 22 out. 2016.

DUAILIBE, Felipe Tavares et al. Intervenções De Enfermagem Na Recuperação PósAnestésica de Pacientes Cirúrgicos. **Revista de Enfermagem da UFPI** Teresina, v. 1, n. 3, p.107-107, 12 jan. 2014.

DUAILIBE, Felipe Tavares et al. Intervenções de enfermagem na recuperação pósanestésica de pacientes cirúrgicos. **Rev Enferm Ufpi**, Teresina, v. 1, n. 3, p.107-12, mar. 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FLOR, Patrícia de Almeida. **As Dificuldades Enfrentadas por Profissionais de Enfermagem na Assistência no Pós-Operatório**. 2014. 44 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2012.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Enfermagem em Centro Cirúrgico: Trinta anos após Criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.428-433, 2009.

FREIBERGER, Mônica Fernandes; MUDREY, Ericléa Schamber. A Importância Da Visita Pré-Operatória para Sistematização Da Assistência De Enfermagem Perioperatória. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, p.1-26, nov. 2011.

FREITAS, Marise Reis de 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 30, p.137-148, 12 jan. 2014.

GARCIA, Simone Domingues et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p.339-346, 2 abr. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a21.pdf> . Acesso em: 27 maio 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas 2010.

GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; MORAIS, Bruno Salome de. Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Belo Horizonte, v. 2, n. 60, p.207-214, 1 abr. 2010.

GRAZZIANO. E.S. et al. **Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura**. São Paulo: Yendis,2016.

GRIGOLETO, Andréia Regina Lopes; GIMENES, Fernanda Raphael Escobar; AVELAR, Maria do Carmo Querido. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 13, p.347-354, jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 22 maio 2017.

GRITTEM, Luciana. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA**: Uma Tecnologia de Enfermagem. 2007. 154 f. Pós (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná Setor de Ciências da Saúde, Curitiba, 2007.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Cirurgia Segura. In: GRAZZIANO, Eliane da Silva et al. **Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura**. São Paulo: Yendis, 2016. Cap. 3. p. 31-48.

HOFFMEISTER, Louíse Viecili; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p.36-43, fev. 2015.

JORGE, Denise Borim Ramos; POPOV, Débora Cristina Silva. Aspectos Fundamentais da Assistência de Enfermagem No Transplante Hepático. **Rev Enferm Unisa**, p.142147, 2011.

LEMOS, Cassiane de Santana; PENICHE, Aparecida de Cassia Giani. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 50, p.158-166, 6 out. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100020> Acesso em: 19 maio 17.

MARTIN, Adriana Regina Guimarães. **Critérios para a Implantação de uma Unidade Cirúrgica para Procedimentos de Alta Complexidade**: Uma Visão Multidisciplinar. 2012. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2012.

MAGALHÃES, Pedro Larocca. **Causas de Erro Médico na Prática da Anestesiologia**: revisão sistemática. 2016. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.



MATTIA, de; POPOV, Débora Cristina Silva. Diagnósticos De Enfermagem Nas Complicações Em Sala De Recuperação Anestésica. **Enfermería Global**, n. 18, p.1-11, fev. 2010.

MENDELSSONH, Paulo. Cirurgia Segura: Armadilhas na Prática Cirúrgica. **Brasília Med**, Brasília, v. 49, n. 1, p.59-65, 2012.

MONTEIRO, Edna Lopes et al. Cirurgias Seguras: Elaboração de um Instrumento de Enfermagem Perioperatória. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.99-109, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.016> . Acesso em: 17 out. 2016.

MONTEIRO, Fátima; SILVA, Luciana Rodrigues. “*Checklist*” Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Avaliação e Intervenção. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 12, p.482-485, dez. 2013.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; MENDES, Walter. Avaliação De Eventos Adversos Cirúrgicos Em Hospitais Do Rio De Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.523-535, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07> . Acesso em: 18 nov. 2016.

NIERO, Luana de Carli. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Conhecendo O Papel Do Enfermeiro No Processo Cirúrgico**. 2014. 68 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2014.

OLIVEIRA, Marly Maria de; MENDONÇA, Katiane Martins. Análise Da Visita PréOperatória De Enfermagem: Revisão Integrativa. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.164-172, set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.025>. Acesso em: 12 out. 2016.

OLIVEIRA, Vitor Lisboa; PIMENTEL, Déborah; VIEIRA, Maria Jéssia. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, p.705-724, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS: Cirurgia Segura Salva Vidas**. Suíça: OMS,2009.

PANCIERI, Ana Paula et al. *Checklist* De Cirurgia Segura: Análise da Segurança e Comunicação das Equipes de um Hospital Escola. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p.71-78, 2013.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito et al. Prevalência de Incidentes sem Dano e Eventos Adversos em uma Clínica Cirúrgica. **Acta Paul Enferm**, Goiânia, v. 26, n. 3, p.256-262, 2013.

PEIXOTO, Samantha Katerine Ribeiro; PEREIRA, Bruno Mainardes; SILVA, Ludimila Cristina Souza. *Checklist* De Cirurgia Segura: Um Caminho À Segurança do

Paciente: SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 2, n. 1, p.115-117, jul. 2016.

POPOV, Débora Cristina Silva; PENICHE, Aparecida de Cassia Giani. As Intervenções do Enfermeiro e as Complicações em Sala de Recuperação Pós Anestésica. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.953-961, dez. 2009.

POSSARI, João Fracisco. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão**. São Paulo: Iátria, 2009.

RAZERA, Ana Paula Ribeiro; BRAGA, Eliana Mara. A Importância Da Comunicação Durante O Período De Recuperação Pós-Operatória. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.632-637, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reusp>. Acesso em: 18 out. 2016.

ROSCANI, Alessandra Nazareth Cainé Pereira et al. Validação De *Checklist* Cirúrgico Para Prevenção De Infecção De Sítio Cirúrgico. **Acta Paul Enferm**, Campinas, v. 6, n. 28, p.563-565, 2015.

SALES, Fernanda de Sousa; NERES, Rosimere Gonçalves; AZEVEDO, Elias Rocha de. **A Relevância do Enfermeiro no Protocolo de Cirurgia Segura Salva Vidas: Revisão a Literatura**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.2-11, 2013.

SANTANA, Heiko Thereza et al. A Segurança Do Paciente Cirúrgico na Perspectiva da Vigilância Sanitária — Uma Reflexão Teórica. **Vigilância Sanitária em Debate**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.34-42, 29 maio 2014. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.3395/vd.v2i2.124>.

SANTOS, Cláudia Moraes dos; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MORAES, Clayton dos Santos. Equipe Cirúrgica: Adesão à Meta 1 da Cirurgia Segura. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.47-56, dez. 2013.

SANTOS, Janaina Viana dos et al. Segurança do Paciente Infantil no Centro Cirúrgico. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 1, n. 18, p.44-53, jan. 2013.

SANTOS, Marlene Cristina; RENNÓ, Cibele Siqueira Nascimento. Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico: Revisão Integrativa da Literatura. **Ras**, v. 15, n. 58, p.2-10, mar. 2013.

SARAGIOTTO, Isabella Rita do Amaral; TRAMONTINI, Cibele Cristina. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória: Estratégias Utilizadas Por Enfermeiros para sua Aplicação. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8, n. 3, p.366-371, 2009.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. **Revisada e Atualizada**, Florianópolis, v. 4, p.138, 2005.

SILVA, Flávia Giendruczak da et al. Análise De Eventos Adversos Em Um Centro Cirúrgico Ambulatorial. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.202-209, out. 2015.

SILVA, Renata da; AMANTE, Lúcia Nazareth. **Checklist Para O Transporte Intra-Hospitalar De Pacientes Internados Na Unidade De Terapia Intensiva.**

SOUZA, Lorena Pereira de et al. Eventos Adversos: Instrumento de Avaliação do Desempenho em Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.127-133, mar. 2011.

SOUSA, Paulo; UVA, António Sousa; SERRANHEIRA, Florentino. Investigação e inovação em segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.**, v. 10, p.89-95, 2010. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/19760> . Acesso em: 23 de maio de 2017.

**Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p.539-547, jun. 2015.

SOUZA, Leonardo Lemos de et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.218-232, 11 fev. 2014. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org> . Acesso em: 27 maio 2017.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; HARACEMIW, Annelise; MAI, Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p.203-209, 2016.

VASCONCELOS, Adriana Santana de et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia da cavidade oral ambulatorial. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.34-43, mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.001> . Acesso em: 13 nov. 2016.

VENDRAMINI, Regiane Cristina Rossi et al. Segurança Do Paciente Em Cirurgia Oncológica: Experiência Do Instituto Do Câncer Do Estado De São Paulo. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.827-832, dez. 2010. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp) . Acesso em: 24 nov. 2016.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a) Sr (a),

Esta pesquisa tem como título **“CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS”**: **A IMPORTÂNCIA DA APLICABILIDADE DO *CHECKLIST* NO CENTRO CIRÚRGICO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM**. Está sendo desenvolvida por Paula Karolline Viana Moreira (Pesquisadora Associada), aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE-RN sobre orientação da Professora Esp. Livia Helena Morais de Freitas (Pesquisador Responsável). A pesquisa apresentada tem como objetivo geral: Analisar a importância da aplicabilidade do *Checklist* no processo perioperatório em centro cirúrgico nos hospitais HRTM e HMAc do Município de Mossoró/RN e como objetivos específicos: explorar, a partir de revisão bibliográfica, o *Checklist* para cirurgia segura e sua importância, verificar o conhecimento da enfermagem acerca do *Checklist* de cirurgia segura, pesquisar a operacionalização do *Checklist* de cirurgia segura pela enfermagem no centro cirúrgico, averiguar a valorização da ferramenta *Checklist* pela enfermagem na perspectiva de sua implementação no centro cirúrgico.

A realização dessa pesquisa conta com a sua participação, desta forma solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma a qualquer momento, sem dano algum.

Os dados serão coletados através de uma entrevista semi estruturada e um questionário de múltipla escolha, elaborados com perguntas referentes à temática pesquisada; e que posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e poderá ser publicado, no todo ou em parte, em eventos científicos, periódicos, revistas e outros, tanto em nível nacional e internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que os riscos mínimos que poderão acontecer é o desconforto nos entrevistados por não saber responder as questões norteadoras.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu,

---

concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos seus objetivos e da sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra da pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.

---

Prof. Esp. Lívia Helena Moraes de Freitas (FACENE/RN) (ORIENTADORA)

---

**PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Endereço Profissional do Pesquisador Responsável: Avenida. Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manoel, Mossoró/RN. CEP: 59.628-800 Tel. (84) 3312-0143. Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil. CEP: 58.067-695 – Fone: +55 (83) 2106-4790. E-mail: [CEP@facene.com.br](mailto:CEP@facene.com.br)

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### I - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### A – PERFIL DOS USUÁRIOS:

**1. SEXO:**

( ) Feminino ( ) Masculino

**2. IDADE:** \_\_\_\_\_anos

**3. ESTADO CIVIL:**

( ) Casada(o) ( ) Solteira(o) ( ) Divorciada(o) ( ) Outros

**4. GRAU DE ESCOLARIDADE:**

( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior ( ) Pós-Graduação

**5. TEMPO DE TRABALHO NO CENTRO CIRÚRGICO:**

( ) De 06 meses a 01 ano ( ) De 01 a 05 anos

( ) De 05 a 10 anos ( ) Há mais de 10 anos

#### B – QUESTÕES SOBRE *CHECKLIST* PARA CIRURGIA SEGURA

1. Você já ouviu falar em *Checklist* Para Cirurgia Segura? Se sim, qual o seu conhecimento sobre ele?
2. O que você acha do preenchimento do *Checklist* em todos os tipos de procedimentos cirúrgicos? Por quê?
3. Na instituição em que você trabalha, o *Checklist* Para Cirurgia Segura é utilizado? Caso não seja, o que você acha que falta para implementar? Justifique a sua resposta.

**II - QUESTIONÁRIO**

EVENTOS ADVERSOS (EA) SÃO DEFINIDOS COMO COMPLICAÇÕES INDESEJADAS DECORRENTES DO CUIDADO PRESTADO AOS PACIENTES, NÃO ATRIBUÍDAS À EVOLUÇÃO NATURAL DA DOENÇA DE BASE.

COM BASE NA INFORMAÇÃO ACIMA, ASSINALE AS OPÇÕES ABAIXO QUANTO A OCORRÊNCIA OU NÃO DESTES EVENTOS.

“VOCÊ JÁ OBSERVOU ALGUM EVENTO ADVERSO DOS EQUÍVOCOS ABAIXO

NO CENTRO CIRÚRGICO?”

1. Na identificação do paciente.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

2. Quanto ao local ou lateralidade da cirurgia.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

3. Assinaturas de termo de consentimento do paciente ou responsável.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

4. No processo anestésico.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

5. Monitorização do paciente.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

6. Alergias medicamentosas.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

7. Lapsos na administração de medicações.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes

8. Falta de membro (componente) na equipe cirúrgica.

( ) Nunca ( ) 1 a 5 vezes ( ) 06 a 10 vezes ( ) mais de 10 vezes



9. Tipo de cirurgia.

Nunca  1 a 5 vezes  06 a 10 vezes  mais de 10 vezes

10. Falta de material ou instrumental necessário ao procedimento cirúrgico após o início do ato.

Nunca  1 a 5 vezes  06 a 10 vezes  mais de 10 vezes

11. Esquecimento da antibioticoterapia profilática no pré ou transoperatório.

Nunca  1 a 5 vezes  06 a 10 vezes  mais de 10 vezes

12. Esquecimento de material ou instrumental em cavidade interna do paciente.

Nunca  1 a 5 vezes  06 a 10 vezes  mais de 10 vezes

13. Problemas com identificação, troca ou extravio de amostra para anatomia patológica.

Nunca  1 a 5 vezes  06 a 10 vezes  mais de 10 vezes

14. Defeito não resolvido nos equipamentos de sala operatória.

Nunca  1 a 5 vezes  06 a 10 vezes  mais de 10 vezes

## **ANEXOS**

## ANEXO A – CERTIDÃO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de abril 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS**": **A IMPORTÂNCIA DA APLICABILIDADE DO CHECKLIST NO CENTRO CIRÚRGICO SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM**", Protocolo CEP: 74/2017 e CAAE: 66831517.1.0000.5179. Pesquisadora Responsável: LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS e dos Pesquisadores Associados: DIEGO HENRIQUE JALES BENEVIDES; EVILAMILTON GOMES DE PAULA; PAULA KAROLLINE VIANA MOREIRA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Abril de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RR Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE