UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BARTIRA APARECIDA CURY SILVA

**Cirurgia segura: as evidências científicas para elaboração de
uma intervenção educativa**

RIBEIRÃO PRETO
2018

BARTIRA APARECIDA CURY SILVA

**Cirurgia segura: as evidências científicas para elaboração de
uma intervenção educativa**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Bartira Aparecida Cury

Cirurgia segura: as evidências científicas para elaboração de uma intervenção educativa. Ribeirão Preto, 2018.

78 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Helena Megumi Sonobe

1. Lista de Checagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Centros Cirúrgicos. 4. Enfermagem perioperatória.

SILVA, Bartira Aparecida Cury

Cirurgia segura: as evidências científicas para elaboração de uma intervenção educativa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar agradeço a Deus, nosso pai celestial e criador, que está acima de todas as coisas no céu e na terra, que permitiu que esse sonho fosse concretizado nessa altura da minha vida. Isso me provou que não existe limites para sonhar!!!

A minha **mãe** (*in memoriam*) **Luzia de Castro Cury**, você que está nas melhores lembranças da minha vida, seu exemplo de luta, de incentivo para que eu fosse uma pessoa melhor fala profundamente em minha alma e hoje sei que viver é dobrar os joelhos para “ser grande” e reconhecer Deus como autor da nossa vida e da nossa vocação e agradecê-lo pela sabedoria que todos os dias nos oferece. A minha mãe minha eterna gratidão.

Ao meu esposo **Paulo César da Silva**, que me apoiou e incentivou em todos os momentos , não me deixando desanimar... Obrigado.

Aos meus filhos **Camila Cury Silva** e **Thiago Cury Silva** que são a razão do meu viver, quero deixar para vocês me exemplo de luta , de coragem, sem nunca desanimar. Mostrar que a vida não é feita só de vitórias, mas também de perdas, de quedas e são estas que medirão esforços e vão nós fazer levantar.

Ser feliz, sentir-se realizado não é orgulhar-se do lugar onde vive, mas fazer que o lugar se orgulhe de nós.

Sou o que me propus a ser, por vocês meus filhos, que amo muito e terás sempre as minhas bençãos, junto com as de Deus.

A minha querida irmã **Rozeli de Castro Cury**, meu cunhado **Ubiratan Martins** , minha querida sobrinha **Carolina Cury Martins** e minha nora **Mayara Baylon** por sempre estarem presentes na minha vida.

A minha equipe de trabalho no Centro Cirúrgico, por fazerem parte da minha trajetória .

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe que mesmo sem me conhecer, aceitou me orientar e, ainda diante de tantos problemas e conturbações do dia a dia, teve o desprendimento e me acompanhou nessa jornada. Professora, muito obrigada por ser minha mentora; nunca me esquecerei de você!!!

À Profa. Dra. Maria Lúcia C.C. Robazzi, a quem aprendi a gostar e admirar por seu desprendimento, acolhendo a todos, não medindo esforços no que fosse possível para ajudar a cada um de seus alunos.

Aos meus colegas do Mestrado, pela paciência, companheirismo e acolhimento, em especial meus amigos (filhos) Clarissa, Policardo, Jaquelina, Vanessa e Bruna que me deram força afetiva e psicológica até a reta final deste propósito.

À amiga e companheira de trabalho Vanessa Oliveira que muito me incentivou não me deixando desistir nunca.

Agradeço a gerente de assistência de Enfermagem da Santa Casa e amiga de todas as horas, Cecília Anita Guimarães Marques que não mediu esforços para minha liberação do trabalho para concretizar esse sonho.

Agradeço aos gestores da Santa Casa de Misericórdia de Passos por contribuir para que tudo isso fosse possível.

RESUMO

SILVA, B. A. C. Cirurgia segura: evidências científicas para elaboração de intervenção educativa. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Resumo: A segurança na assistência cirúrgica é um grande desafio nas instituições hospitalares, sendo que a implantação da lista de verificação de cirurgia segura tem mobilizado os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que atuam em centros cirúrgicos. Objetivos: este estudo objetivou analisar as evidências científicas sobre a lista de verificação de cirurgia segura; e propor uma estratégia educativa para a implantação da lista de verificação de cirurgia segura com base nestas evidências. Materiais e método: Trata-se de um estudo metodológico, de revisão integrativa (RI), fundamentada na Prática Baseada em Evidências, cuja busca foi realizada com os descritores *segurança do paciente* e *enfermagem perioperatória/patient safety* e *perioperative nursing*, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), com a questão de pesquisa “Quais as evidências científicas nacionais e internacionais sobre a lista de verificação de cirurgia segura, que podem subsidiar a proposição de uma estratégia educativa para a sua implantação?”. Mediante critérios de inclusão e de exclusão, a amostra final foi constituída por 16 artigos científicos, que foram categorizados em dois temas. No tema “Participação para implantação do *checklist*” houve indicação de estratégias que podem favorecer a participação ativa dos profissionais de saúde, tanto para a sua implantação como seu aperfeiçoamento; e no tema “Avaliação da implantação do *checklist*” evidenciou-se aspectos importantes para a avaliação do processo de implantação na prática clínica, mas também há necessidade de estratégias para melhorar o comprometimento interprofissional. Com a análise destas evidências, elaborou-se a proposição de uma estratégia educativa para favorecer a implantação da lista de verificação de cirurgia segura em unidades de centro cirúrgico. Acreditamos que a estratégia proposta favorecerá a implantação e aperfeiçoamento da segurança na assistência cirúrgica aos pacientes, bem como a participação interprofissional.

Descritores: Lista de Checagem. Segurança do Paciente. Centros Cirúrgicos. Enfermagem perioperatória.

ABSTRACT

SILVA, B. A. C. **Safe surgery: the scientific evidence for drawing up an educational intervention.** 2018. 78 pp. Dissertation (Master's Degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Abstract: Safety in surgical care is a great challenge in hospital institutions, and the implementation of a surgical safety checklist has mobilized health professionals, mainly nurses, who work in surgical centers. Objectives: This study was intended to analyze the national and international scientific evidence on surgical safety checklist; and to propose an educational strategy for its implementation, based on such evidence. Materials and methods: This is a methodological study, typified as integrative review (IR), underpinned by Evidence-Based Practice, whose search was held using the descriptors “*segurança do paciente*”, “*enfermagem perioperatória*”/“*patient safety*”, “*perioperative nursing*”, in the Latin American & Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) databases, with the research question “What can the national and international scientific evidence on surgical safety checklist offer to subsidize the proposal of an educational strategy for its implementation?”. After applying the inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 16 scientific articles, which were categorized into two topics. In the topic “Participation for implementation of the checklist”, strategies capable of fostering the active participation of health professionals were indicated, both for their implementation and for their enhancement; and in the topic “Evaluation of the implementation of the checklist”, important aspects for the evaluation of the implementation process in clinical practice were evidenced, but there was also an emphasis on the need for strategies to improve the interprofessional commitment. With the analysis of such evidence, we drew up the proposition of an educational strategy to foster the implementation of the surgical safety checklist in surgical centers. We believe that the proposed strategy will foster the implementation and enhancement of the safety in the surgical care to patients, as well as the interprofessional participation.

Descriptors: Checklist; Patient Safety; Surgicenters; Perioperative Nursing.

RESUMEN

SILVA, B. A. C. **Cirugía segura: las evidencias científicas para la elaboración de una intervención educativa**. 2018. 78 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Resumen: La seguridad en la asistencia quirúrgica es un gran reto en las instituciones hospitalarias, y la implantación de la lista de verificación de cirugía segura ha movilizó a los profesionales de salud, sobre todo a los enfermeros, que actúan en unidades de centros quirúrgicos. Objetivos: Este estudio objetivó analizar las evidencias científicas nacionales e internacionales sobre la lista de verificación de cirugía segura; y proponer una estrategia educativa para su implantación, basándose en esas evidencias. Materiales y método: Se trata de un estudio metodológico, de revisión integradora (RI), fundamentada en la Práctica Basada en Evidencias, cuya búsqueda se realizó utilizando los descriptores “*segurança do paciente*”, “*enfermagem perioperatória*”/“*patient safety*”, “*perioperative nursing*”, en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), con la cuestión de investigación “¿Cuáles son las evidencias científicas nacionales e internacionales sobre la lista de verificación de cirugía segura capaces de subsidiar la propuesta de una estrategia educativa para su implantación?”. Mediante los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final se constituyó por 16 artículos científicos, que se categorizaron en dos temas. En el tema “Participación para la implantación del checklist”, hubo indicación de estrategias capaces de favorecer la participación activa de los profesionales de la salud, tanto para su implantación como para su perfeccionamiento; y en el tema “Evaluación de la implantación del checklist”, se evidenciaron aspectos importantes para la evaluación del proceso de implantación en la práctica clínica, pero también se señaló la necesidad de estrategias para mejorar el compromiso interprofesional. Con el análisis de tales evidencias, se elaboró la propuesta de una estrategia educativa para favorecer la implantación de la lista de verificación de cirugía segura en unidades de centro quirúrgico. Creemos que la estrategia propuesta favorecerá la implantación y perfeccionamiento de la seguridad en la asistencia quirúrgica a los pacientes, así como la participación interprofesional.

Descriptores: Lista de Verificación; Seguridad del Paciente; Centros Quirúrgicos; Enfermería Perioperatoria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do Instituto Qualitas de Acreditação (IQG)	31
Figura 2 - Linhas estratégicas	32
Figura 3: Práticas Organizacionais Obrigatórias	33
Figura 4: Adaptação do Flow Diagrama do processo de seleção de artigos da revisão integrativa	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2018	45
Quadro 2 - Síntese dos objetivos, resultados e temática da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2018	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Acta Anaesthesiol Scand	Acta Anaesthesiologica Scandinavica
AMBES	Ambulatório Escola
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AORN J	Association of periOperative Registered Nurses Journal
Br J Surg	British Journal of Surgery
BMC Surg	BiomedCentral Surgery
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBC	Colégio Brasileiro de cirurgiões
CEREST	Centro de referência em Saúde do trabalhador
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EAS	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IOM	Institute of Medicine
IQG	Instituto Qualitas de Gestão
ISMP	Instituto de Práticas Seguras e Medicamentos
JCI	Joint Commission International
J Nurs Care Q	Journal of Nursing Care Quality
J Nurs Manag	Journal of Nursing Management
J Nurs Scholarsh	Journal of Nursing Scholarship
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MISP	Metas Internacionais de Segurança do paciente
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NSP	Núcleo de segurança do paciente

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Operação Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do paciente
PROQUALIS	Centro de Qualidade do Cuidado e Segurança do paciente
QMENTUM-	Momento de Qualidade
Rev. SOBECC	Revista da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
Rev. eletrônica enferm	Revista Eletrônica de Enfermagem
Esc. Anna Nery Rev. Enferm	Revista de Enfermagem da Escola Anna
Rev. enferm. UFPI	Revista de Enfermagem da Universidade de Piauí
Rev Gaucha Enferm	Revista Gaúcha de Enfermagem
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SBHCI	Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
Am J Surg	The American Journal of Surgery

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	17
2.1. Lista de verificação de segurança cirúrgica e a busca da certificação de qualidade da assistência cirúrgica.....	22
3. OBJETIVOS.....	36
4. MATERIAIS E MÉTODO.....	38
4.1. Prática Baseada em Evidências e a Revisão Integrativa.....	39
4.2. Operacionalização do estudo.....	40
5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSSÃO.....	54
7. CONCLUSÃO.....	66
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	70
ANEXOS.....	75
ANEXO A - Lista de Verificação de Cirurgia Segura.....	76
ANEXO B - Referências da amostra do estudo.....	77

1.APRESENTAÇÃO

A oportunidade de rever a trajetória profissional é sempre interessante, pois pude refletir sobre o caminho trilhado para a minha realização profissional, bem como para a minha contribuição no desenvolvimento da instituição de saúde e na sociedade, das quais faço parte.

Iniciei o meu trabalho no hospital público no ano de 1980 como atendente de enfermagem, após seis meses realizamos o curso de auxiliar de enfermagem e posteriormente em 1981, o curso de técnico de enfermagem. Em 1983, ingressamos no Curso de Graduação em Enfermagem, o qual foi concluído em 1987.

Tornar-me enfermeira foi a concretização de um sonho idealizado na mais tenra infância. Em busca de aprimoramento realizei três especializações, Administração Hospitalar, concluída em 1996; Educação Profissional na área da Saúde em 2002; e a Especialização em Centro Cirúrgico, SRPA e CME em 2005.

Após o término do Bacharelado em Enfermagem comecei a atuar como supervisora em diversas unidades do hospital como: urgência e emergência, UTI e alas de internações por quatro anos. Posteriormente, assumi a coordenação do Centro Cirúrgico, onde estou há 25 anos. Atuei também como docente e supervisora de estágio na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) em Passos (MG) no período de 2003 a 2015, ministrando aulas na graduação de Clínica Cirúrgica; Semiologia e Semiotécnica; e Administração Hospitalar. Desvinculei-me da UEMG em abril de 2015, para concretizar o nosso sonho em cursar Mestrado Profissional na Escola de Enfermagem.

Com a aprovação no processo seletivo do Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), novos horizontes se abriram na minha vida, pois tive a oportunidade de qualificação por meio das disciplinas deste curso, com integração do conhecimento científico aliado à minha prática clínica em uma Unidade de centro cirúrgico, em um hospital público.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou meu amadurecimento como enfermeira com incorporação dos aspectos científicos no cotidiano do trabalho, além da melhoria de minha inserção institucional. Mediante as recomendações da minha orientadora, tive encorajamento para transformar a prática na Instituição onde estou inserida, com obtenção de respostas aos meus anseios.

Sinto que venho fazendo a diferença como enfermeira coordenadora da

Unidade de Centro Cirúrgico, participando ativamente na implementação institucional da cirurgia segura desde 2009 e cuja fundamentação científica no desenvolvimento deste estudo metodológico com o Mestrado Profissional, culminou na viabilização da conquista da Certificação Internacional (QMentum) em novembro de 2017.

2.INTRODUÇÃO

O conceito de segurança surgiu com o homem primitivo em decorrência de sua luta pela sobrevivência contra predadores, em um ambiente inóspito e agressivo. Partindo deste fato, ao longo dos séculos, as atividades humanas se tornaram altamente complexas devido à evolução natural e o desenvolvimento tecnológico. Assim, foram desenvolvidos parâmetros de sobrevivência e segurança, em praticamente todas as atividades humanas, com a finalidade de preservação da saúde. Atualmente, a questão da segurança se tornou imprescindível em um mundo, que busca por resultados (FERRAZ, 2013).

Esta cultura de segurança teve seu maior desenvolvimento em diversas áreas como indústrias nucleares, aviação civil e militar, indústria petrolífera, prospecção das águas profundas e de exploração de minérios, gases e produção de energia, investigação do espaço orbital e salas limpas das indústrias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

No contexto atual da área de saúde, dois aspectos fundamentais justificam a discussão da segurança com melhoria tecnológica, a longevidade e a vida contemporânea. Com o aumento da longevidade elevou a probabilidade de surgimento de doenças malignas, cujos tratamentos envolvem cirurgias, assim é imprescindível diminuir o risco destes procedimentos para os pacientes. Por outro lado, com a vida contemporânea há maior exposição das pessoas ao trauma e à violência urbana. Neste contexto, na realização de uma cirurgia, há incorporação de alta densidade tecnológica, o que a tornou um procedimento de alta complexidade, exigindo segurança com estabelecimento de critérios.

Alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve alta densidade tecnológica e alto custo, para propiciar à população acesso à serviços qualificados, com integração dos níveis de atenção primária e secundária à saúde, além da terciária (BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 254 milhões de cirurgias são realizadas por ano no mundo, o que corresponde a uma média de uma cirurgia para cada 25 pessoas.

Cabe ressaltar que o planejamento e a sistematização da cirurgia podem reduzir significativamente a mortalidade e as complicações dos procedimentos cirúrgicos, em qualquer nível de atendimento à saúde.

Nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1970, ocorria uma morte de paciente para cada 5.000 anestésias realizadas e em 2000, esta proporção passou para uma morte a cada 250.000 anestésias. Contudo, na África, a relação era de um paciente para cada 100 anestésias (FERRAZ, 2009).

Esta situação é agravada quando analisamos a ocorrência de infecção hospitalar, pois esta atinge 1,4 milhões de pacientes admitidos em hospitais dos países desenvolvidos, sendo que em países em desenvolvimento, este número aumenta em 25%. Os EUA tem um gasto superior a 10 bilhões de dólares/ano com infecções do sítio cirúrgico, o que representa 5% das infecções hospitalares (FERRAZ, 2013).

Apesar de na área médica, nos hemocentros e na anestesiologia terem desenvolvido, de forma pioneira, o conceito de segurança, o alto número de procedimentos cirúrgicos traz consigo um dado preocupante, pois cerca de sete milhões de pessoas tem algum tipo de complicação pós-cirúrgica. E ainda, aproximadamente um milhão de pessoas morrem durante ou após a cirurgia. A OMS afirma que pelo menos metade dessas complicações e mortes poderiam ser evitadas, com adoção de medidas básicas de segurança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Consequentemente, isto trouxe a necessidade de modernização da gestão de cuidados nas Instituições de Saúde, ocorrendo mudança de paradigma, para responder às novas necessidades da sociedade, principalmente para minimização de erros assistenciais, frente às recomendações para a Segurança do Paciente da OMS.

As organizações buscam em suas equipes aprimoramentos dos processos de trabalho internos, baseados na melhoria contínua e com auxílio de novas tecnologias e novos métodos, por meio de protocolos para dar maior exatidão, além de analisar a qualidade da assistência prestada (SOUSA, 2001).

Este movimento iniciou-se com a OMS, que lançou em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em resposta à recomendação da Assembleia Mundial ao problema da segurança do paciente. O primeiro desafio foi o controle da infecção relacionada à assistência da saúde, com estabelecimento de padrões para higienização das mãos, amplamente divulgada pela campanha educacional e o Manual para higienização das mãos na assistência à saúde.

Dentro desta temática, a questão de segurança da assistência cirúrgica foi o segundo desafio 2007-2008, por ter sido reconhecida como um problema prioritário em todo o mundo, o que culminou no Manual para Cirurgia Segura em 2009 (CASTRO FILHO, 2013).

Em países desenvolvidos, vários estudos confirmaram a magnitude do problema, mas ainda temos dificuldades na implantação e implementação da segurança cirúrgica na prática clínica, por esta estar vinculada à necessidade de melhorias da infraestrutura e dos equipamentos, dos suprimentos e da qualidade de medicamentos e da melhoria de capacitação dos profissionais de saúde. Para tanto, é necessária uma política efetiva de prevenção e controle de infecção hospitalar e de educação permanente, que requerem uma mudança na administração das organizações e maior financiamento do setor da saúde (NOVAIS, 2000). Portanto, um dos grandes desafios é a capacitação dos profissionais com estratégias, que possam favorecer a implantação e implementação de uma assistência cirúrgica mais segura para às pessoas.

Desta forma, em 2007, foi lançada a campanha “Cirurgias seguras salvam vidas” para definir um conjunto de padrões de segurança para a assistência cirúrgica, em nível mundial, que atendesse os diferentes contextos e realidades de todos países. Foi realizado um trabalho com envolvimento de especialistas internacionais, na busca de evidências científicas para alcançar um consenso sobre as práticas de segurança, principalmente no que se refere ao trabalho da equipe cirúrgica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), apresenta dificuldades para estabelecer comparações às outras realidades com maior exatidão devido às diversidades dentre os diferentes países. Contudo, nos países desenvolvidos, as taxas de complicações perioperatórias variavam de 3% a 16%, com uma mortalidade de 0,4% a 0,8%, sendo que metade desses eventos adversos seriam evitáveis. A mortalidade pós-operatória pode ser ainda mais grave, pois situa-se entre 5% a 10% para as cirurgias de grande porte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). A busca pela melhoria da qualidade e pela garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas deve ser contínua e disto dependerá salvar vidas, bem como prevenir incapacidades e diminuir mortalidade pós-operatória.

Conceitualmente, cuidado de boa qualidade, na perspectiva de

Donabedian, é aquele que proporciona bem-estar máximo e mais completo ao paciente, em cuja análise deve haver o equilíbrio previsto de ganhos (benefícios) e de perdas (danos). Para o contexto coletivo, também foi definido por Donabedian, que o cuidado de boa qualidade é aquele que utiliza, um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, com os melhores resultados de saúde para a população (DONABEDIAN, 1990; TRAVASSOS et al., 2013).

Portanto, a qualidade do cuidado em saúde envolve diferentes atributos como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, que mensurados isoladamente ou em conjunto, expressam a magnitude da qualidade.

A OMS, em 2004, lançou a Aliança Mundial de Saúde para a Segurança do Paciente, em parceria com a Comissão Conjunta Internacional (Joint Commission International - JCI) para a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP). Esta estratégia busca orientar as boas práticas para redução dos riscos e eventos adversos em serviços de saúde. As primeiras seis metas (MISP) estão direcionadas para prevenir situações de erros de identificação de pacientes, de medicação e de procedimentos cirúrgicos, além da prevenção de ocorrência de infecções associadas ao cuidado, de quedas dos pacientes e de falhas na comunicação (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

Em 2005 e 2006, a OMS e a Universidade de Harvard desenvolveram um Programa chamado World Alliance For Patients Safety, seguido do Programa Safe Surgery Saves Lives, lançado oficialmente na sede de operação Pan-Americana de Saúde (OPAS), em Washington (D.C.), em 30 de julho de 2008.

O programa *“Cirurgias Seguras Salvam Vidas”* tem por finalidade diminuir a morbimortalidade em decorrência das intervenções cirúrgicas. A estratégia definiu um conjunto de normas de segurança para a prevenção das infecções pós-cirúrgicas, na realização de procedimentos anestésicos e no desenvolvimento das atividades das equipes cirúrgicas, com mensuração dos indicadores cirúrgicos.

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão a ser abordado cirurgicamente, disponibilidade e bom funcionamento de todos materiais e equipamentos, podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um procedimento. Essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os resultados alcançados com a implementação deste programa foram a elaboração de uma lista de verificação de segurança cirúrgica para os serviços de saúde, mediante uma avaliação prévia integral do paciente a cada procedimento cirúrgico eletivo e, de acordo com a condição de cada paciente, nos casos de urgência e emergência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Os resultados de um estudo de aplicação da Lista de Cirurgia Segura (Checklist), baseada nas diretrizes da OMS, foi formulada para ser mundialmente aplicada e implantada, o que envolveu hospitais de oito cidades de diferentes países. Os resultados indicaram que a utilização desta lista reduziu em mais de 30%, o número de complicações e de mortalidade associados aos procedimentos cirúrgicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A melhoria da segurança cirúrgica requer uma sequência de etapas na assistência, com a participação efetiva de toda a equipe de profissionais da assistência à saúde, aumentando os padrões de qualidade da assistência (HINRICHSSEN, 2012).

Para o desenvolvimento da segurança cirúrgica nas instituições hospitalares, as equipes de enfermagem por constituírem o maior contingente envolvido para a oferta de assistência e de apoio aos pacientes e familiares, também desempenham um papel central na assistência cirúrgica, oferecida a clientela.

Portanto, os profissionais de enfermagem concentram grande parte das atividades e dos processos de atendimento nas Instituições de saúde, além de ser numericamente maior em comparação às outras categorias profissionais, o que resulta em alto envolvimento desta equipe nas falhas, que ocorrem na assistência ao paciente como erros de medicações, queda do paciente, extubação acidental, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres, lesão por pressão, infecções, dentre outras (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

1.2 Lista de verificação de segurança cirúrgica e a busca da certificação de qualidade da assistência cirúrgica

O Manual “Cirurgias seguras salvam vidas” propôs a segurança na realização do ato cirúrgico, na perspectiva da qualificação da assistência, por meio da “LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA”. Esta lista é um

conjunto de verificações, a ser realizado pela equipe cirúrgica, no centro cirúrgico, em qualquer lugar do mundo, para reduzir a mortalidade por cirurgias (CASTRO FILHO, 2013).

Neste caso, a “equipe cirúrgica” envolve cirurgiões, anesthesiologistas, equipe de enfermagem, técnicos e outras profissionais envolvidas na realização da cirurgia, sendo que cada um possui papel específico a ser desempenhado para garantir a segurança do paciente e o sucesso da cirurgia. Convém ressaltar que por considerar as diferentes realidades, os aspectos a serem verificados foram definidos com base em evidências científicas e que foram considerados fundamentais na prevenção e redução da chance de um dano cirúrgico ao paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Portanto, prima pela simplicidade, com ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração, de forma breve. Contudo, prevê uma flexibilidade na implementação, respeitando-se a manutenção de etapas fundamentais de segurança para a realização do procedimento cirúrgico, inclusive com adição de outros aspectos de segurança, que forem considerados pertinentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Assim, esta Verificação é realizada em três etapas: no período anterior a indução anestésica (Entrada), no período após a indução e antes da incisão cirúrgica (Pausa cirúrgica) e no período durante ou imediatamente após o fechamento da ferida, mas anterior ao encaminhamento do paciente da sala de operação (Saída) para o serviço de Recuperação Pós-anestésica. Está previsto a confirmação da realização completa das tarefas da equipe pelo coordenador da Lista de Verificação e somente isto, é o dado prosseguimento da cirurgia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

No Brasil, os estudos sobre adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS, ainda são incipientes. Igualmente, há poucos relatos de experiências de implantação ou de resultados de adesão a essa nova estratégia nos hospitais universitários, que, por apresentar características mais favoráveis como ambientes de aprendizagem, podem contribuir na difusão do uso rotineiro dessa medida preventiva nos serviços de saúde (FREITAS et al., 2014).

Segundo a OMS, a adoção deste checklist reduz significativamente o número de complicações e de mortalidade associado aos procedimentos cirúrgicos. Isso levou o Colégio Brasileiro de Cirurgiões a aderir a este movimento

com implementação de um manual de Cirurgia Segura com uma síntese explicativa, reforçando o alcance de uma prática cirúrgica segura e efetiva (OMS, 2009; CASTRO FILHO, 2013).

Conjuntamente com o Ministério da Saúde, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), ISMP (Instituto de práticas Seguras e uso Medicamentos) FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), PROQUALIS (Centro de Qualidade do Cuidado e Segurança do paciente) e REPRAENP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente), já vinham desenvolvendo várias atividades para a segurança do paciente, que resultou no lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde em 2013. O objetivo desse programa é contribuir para a qualificação do cuidado à saúde, em todos os estabelecimentos do território Nacional, tornando a segurança do paciente uma prioridade em âmbito nacional (BRASIL, 2013).

A prática da segurança cirúrgica implica em intervenções efetivas para beneficiar o paciente. Contudo, podem ocorrer danos, em decorrência da complexa combinação de processos, ambientes, tecnologias e ações humanas, que fazem parte dos serviços de saúde contemporâneos. Nessa perspectiva, a segurança do paciente configura o conjunto de ações para evitar, prevenir e minimizar os desfechos adversos ou danos evitáveis, que tem origem nos processos de cuidado à saúde (ROSA, 2014).

Essa temática não é nova nas áreas da aviação comercial, instalações nucleares e fabricação de automóveis, que já trabalham com processos organizados de gerenciamentos de risco há muitas décadas, mas para a área da Saúde, ainda suscita discussões importantes nos espaços científicos, principalmente no que se refere à implementação de ações na prática clínica (FERRAZ, 2013).

Assim, a segurança na assistência começou a ser discutida na área da saúde na década de 1990, com publicações de grande impacto como o Estudo de Harvard de 1991, que indicou que cerca de 4% dos pacientes sofriam algum tipo de dano durante a internação hospitalar, e que 70% dos eventos adversos resultavam em incapacidade transitória e 14% poderiam levar os pacientes à morte. Já um documento do Institute of Medicine (IOM) declarava que “To err is human: building a safer health system”, fechando a década em 1999, apresentou a estimativa alarmante de que erros relacionados à assistência em saúde,

acarretam em mortes hospitalares nos Estados Unidos (ROSA, 2014).

Os sistemas de serviços à saúde são complexos e têm incorporado maior densidade tecnológica e novas técnicas, o que pode aumentar os riscos adicionais na prestação de assistência aos pacientes. Entretanto, medidas simples e efetivas podem prevenir e reduzir os riscos e danos para a prestação da assistência como os mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; realização de cirurgia em local indicado para a intervenção, além de procedimento e paciente corretos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e de lesão por pressão (MONTSERRAT-CAPELLA, CHO, LIMA, 2013).

Estas medidas realizadas, de forma correta e segura, pelos profissionais de saúde, requerem estabelecimento de protocolos específicos, com associação às barreiras de segurança, o que poderá contribuir na prevenção de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, salvando vidas.

São denominadas incidentes as situações em que ocorrem erros ou falhas e estas podem ou não provocar danos ao paciente.

Evento adverso (EA) é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e, até mesmo a morte, para os usuários dos serviços de saúde (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

Assim, a classificação dos Incidentes, segundo a Anvisa (2013) é:

- **Near Miss**: incidente que não atingiu o paciente, como por exemplo, uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão;
- **Incidente sem danos**: evento que atingiu o paciente, mas não causou danos discernível, como por exemplo, a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação;
- **Incidente com dano (evento adverso inaceitável)**: incidente que resulta em dano ao paciente, como por exemplo, quando é feita a infusão da unidade de sangue errada no paciente e este morre por reação hemolítica.

Portanto, Eventos Adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à

evolução natural da doença de base, em decorrência da falta de qualidade na assistência prestada (ROSA, 2014).

A potencialidade para ocorrência de incidentes e sua magnitude despertam o interesse das instituições de saúde e para tanto, é imprescindível a adoção de indicadores de qualidade assistencial relacionados aos procedimentos cirúrgicos (MENDES et al., 2002).

Existem diversos indicadores para o monitoramento dos eventos adversos relativos aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos, como a ocorrência de cirurgias em sítio errado, complicações anestésicas, corpo estranho deixados no corpo do paciente durante o procedimento, deiscência da ferida operatória, desordem fisiológica e metabólica pós-operatória, embolia pulmonar ou trombose venosa profunda no pós-operatório, infecção de ferida pós-operatória, reoperações, óbitos de pacientes cirúrgicos com graves complicações tratáveis, sepse pós-operatória, além de indicadores relacionados aos eventos obstétricos (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

Os EAs afetam em média 10% das admissões hospitalares no mundo, constituindo um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde, pois há um distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real (ROSA, 2014).

Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EAs são considerados passíveis de prevenção, denominados EAs evitáveis ou *near miss*. Em geral, a ocorrência destes eventos inesperados não acarreta danos importantes aos pacientes. Entretanto, incapacidade permanente e óbito podem ocorrer. Estima-se que 1.000.000 de EAs evitáveis ocorram anualmente nos EUA, contribuindo para a morte de 98.000 pessoas. O resultado de uma avaliação em oito instituições pilotos no mundo (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), mostra que o uso da lista de cirurgia segura praticamente dobrou a chance dos usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados (HAYNES et al., 2009).

Por EAs compreendem-se também as falhas na esterilização, utilização inadequada de antibióticos, quedas, queimaduras, medicações trocadas ou erradas, equipamentos defeituosos ou ausentes, falta de leitos de UTI, falta de protocolos de assistência na prática clínica (BRASIL, 2013).

Alguns fatores favorecem a ocorrência de EAs, destacando-se a idade

dos pacientes, a gravidade do quadro clínico inicial, a existência de comorbidades, a duração e a intensidade do cuidado prestado, a fragmentação da atenção à saúde, a inexperience de profissionais envolvidos no atendimento, a sobrecarga de trabalho, as falhas de comunicação, a incorporação tecnológica e o atendimento de urgência (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

A presença de EAs deve ser interpretada como resultante da falha de sistemas técnicos e organizacionais na atenção à saúde e não de ações isoladas de profissionais. A adoção de medidas punitivas frente aos erros na área médica gera atitudes de medo e desconfiança nos indivíduos, o que pode induzir à ocultação das falhas cometidas. O reconhecimento da real dimensão destes problemas representa uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da segurança dos pacientes (LEOPE et al., 1991).

As pesquisas desenvolvidas, por intermédio da OMS e OPAS, têm recomendado outras atividades como o desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos, com a finalidade de conhecer as causas desses eventos e propor ações resolutivas para sua prevenção (MOURA, MAGALHÃES, 2013).

As não conformidades são resultados insatisfatórios dos processos elaborados pelos diversos setores de uma Instituição. São feitos contratos internos de interações entre os setores assistenciais e de apoio da Instituição, quando estes não são cumpridos geram não conformidades, que devem ser discutidas entre as equipes multiprofissionais e setores afins, para elaborarem conjuntamente, planos de ações para melhorias nos processos (MANUAL DA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2009).

Apesar do tema Segurança do Paciente e Qualidade na assistência à saúde ser amplamente discutido, desde a década de 1990 no Brasil, ainda as estratégias tem sido pontuais, mesmo com o lançamento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente (PNSP). Aos gestores das instituições de saúde cabe a responsabilidade de decisão na adoção de métodos ou instrumentos, de forma consistente, para a identificação das necessidades de melhorias, considerando as peculiaridades do conjunto de processos específicos em um Centro Cirúrgico, que possui características inerentes em decorrência do tipo de instituição hospitalar ao qual está vinculado (MARTINS et al., 2014).

Por outro lado, para a busca da certificação de qualidade da assistência prestada aos usuários, atualmente os serviços de saúde buscam alcançar os mais elevados padrões assistenciais, sendo adotadas iniciativas para o processo de Acreditação Hospitalar. Este processo pressupõe novas exigências em relação às competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, assim como da melhoria permanente e contínua do atendimento.

O sistema brasileiro de acreditação, gerido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), promove o desenvolvimento e implantação de uma metodologia permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, para o aprimoramento contínuo e garantia da qualidade na assistência à saúde, bem como do cuidado humanizado, com participação efetiva dos profissionais da saúde (MANUAL DA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2014).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma entidade não governamental que certifica a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, com foco na Segurança do Paciente. Tem como instrumento base de sua metodologia o Manual Brasileiro de Acreditação, aplicado pelo Instituto Qualitas de Acreditação (IQG) para avaliação de instituições de saúde, que buscam utilizar o processo para aprimorar seus serviços e alcançar a excelência.

Os programas de acreditação do IQG ajudam Instituições de saúde de todo o país a promover um forte compromisso com as questões de qualidade e segurança do paciente.

Uma Instituição acreditada pelo IQG deve manter o mais rigoroso conjunto de normas e legislações aplicáveis ao setor de saúde.

O estabelecimento deve passar por uma rigorosa avaliação da equipe de especialistas do IQG. Após a visita dos avaliadores, a instituição recebe um prazo para implantar as oportunidades de melhoria apontadas, e após, apresentar evidências objetivas que tais melhorias foram implementadas.

A avaliação por sua vez será submetida à comissão de acreditação, que concederá após análise, o certificado de acreditação. A instituição será reavaliada periodicamente pelos Especialistas do IQG.

Os valores que permeiam sua prática são: ética, isenção, respeito à cultura do cliente, responsabilidade junto à comunidade, transparência, inovação,

pioneirismo, equidade e valorização do capital humano. Pautados nesses **valores** assume o compromisso de promover a Cultura de Segurança do Paciente e a busca contínua pela Excelência junto às instituições de saúde que ingressam nesse programa (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

O processo de Acreditação Hospitalar das instituições de saúde prevê três níveis, que são Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado com Excelência, a depender da avaliação do grau de maturidade de cultura de segurança do paciente.

Ao longo deste processo, as organizações são incentivadas a estruturar barreiras básicas de segurança, mapear seus processos, identificar riscos, analisar causas de incidentes de segurança do paciente e propor ações de melhoria, além de definir e analisar resultados esperados. Isto objetiva criar mecanismos de prevenção para garantir a segurança assistencial (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014).

Os níveis de avaliação da Acreditação Hospitalar são (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2014):

A avaliação de Nível 1 Acreditado, tem como foco principal a segurança do paciente. Para alcançar este nível, as organizações devem ter políticas definidas em relação ao processo assistencial, incluindo-se a estrutura física, pessoas, informação e recursos, entre outros. Representa o primeiro estágio para a implementação de uma cultura de qualidade e de segurança, com estruturação dos processos organizacionais. É previsto uma validade por 2 anos.

No Nível 2 Acreditado Pleno, além de atender aos requisitos de segurança do Nível 1 Acreditado, pressupõe gestão integrada dos processos para garantir a continuidade da assistência. Contudo, a avaliação é realizada de toda a cadeia de valor, o fluxo do paciente, o gerenciamento dos acordos entre as áreas e a definição e o monitoramento de resultados organizacionais e assistência, cuja validade prevista é por 2 anos.

Para a obtenção do Nível 3 Acreditado com Excelência, além de atender aos requisitos dos níveis Acreditado e Acreditado Pleno, a instituição de saúde deverá apresentar uma gestão de excelência, com utilização de informações para a tomada de decisão e para o aprimoramento dos processos de assistência aos pacientes. Serão acreditadas neste nível as organizações que apresentam

maturidade sobre a cultura de segurança, transparência e busca contínua por melhoria da qualidade assistencial, cuja validade prevista é por 3 anos.

Figura 1: Fluxograma do INSTITUTO QUALITAS DE ACREDITAÇÃO (IQG)

Fonte: ONA (2014)

Atualmente, a Accreditation Canada abre um novo caminho às instituições de saúde brasileiras no alcance de posição em igualdade de condições com as melhores instituições internacionais, criando oportunidades únicas de troca de

benchmarking, ou seja, processo contínuo de comparação dos produtos, serviços e práticas empresariais entre os mais fortes concorrentes ou empresas reconhecidas como líderes (QMENTUM INTERNATIONAL, 2014).

Esta metodologia internacional (Qmentum International, Accreditation Canada) de excelência é aplicada, em mais de 30 países, com avaliação externa dos serviços de saúde, cujos critérios incluem os requisitos de governança e boas práticas assistenciais. Assim, seus objetivos são melhorar a qualidade e segurança do cuidado, entender as necessidades da população assistida e diminuir custos, que podem proporcionar maturidade organizacional à instituição, com padronização e discernimento do fluxo de trabalho.

Em relação à organização e à gestão dos processos de trabalho, o trabalho coletivo (Time) constitui um dos eixos centrais da reordenação do método de avaliação do Qmentum (HEALTH SERVICES ACREDITATION, 2016).

Figura 2: Linhas estratégicas

Fonte: HEALTH SERVICES ACREDITATION (2016)

ROPs

"um conjunto de práticas que proporciona ligação direta entre os conhecimentos da organização, a estratégia, a qualidade e a segurança do cuidado".

Área de Segurança do Paciente	ROP	Nível
Cultura de Segurança Criar uma Cultura de Segurança na Instituição	Emissão de relatórios de eventos sentinelas	Ouro
	Abreviaturas perigosas	Ouro
Comunicação Melhorar a efetividade e coordenação da comunicação entre os provedores de serviços e cuidados e com os receptores de serviços e cuidados através do contínuo da assistência	Identificação do Paciente	Ouro
	Práticas de segurança no procedimento cirúrgico	Ouro
	Reconciliação Medicamentosa	Diamante
	Reconciliação Medicamentosa como Prioridade Estratégica	Diamante
	Transferências das Informações nas Transições do Cuidado	Platina
	Controle de eletrólitos concentrados	Ouro
Uso de Medicamentos Assegurar o uso seguro de medicações de alto risco	Medicamentos de alto risco	Platina
	Treinamento em Bomba de Infusão	Platina

ROPs

"um conjunto de práticas que proporciona ligação direta entre os conhecimentos da organização, a estratégia, a qualidade e a segurança do cuidado".

Área de Segurança do Paciente	ROP	Nível
Cultura de Segurança Criar uma Cultura de Segurança na instituição	Emissão de relatórios de eventos sentinelas	Ouro
Comunicação Melhorar a efetividade e coordenação da comunicação entre os provedores de serviços e cuidados e com os receptores de serviços e cuidados através do contínuo da assistência	Abreviaturas perigosas	Ouro
	Identificação do Paciente	Ouro
	Práticas de segurança no procedimento cirúrgico	Ouro
	Reconciliação Medicamentosa	Diamante
	Reconciliação Medicamentosa como Prioridade Estratégica	Diamante
	Transferências das Informações nas Transições do Cuidado	Platina
Uso de Medicamentos Assegurar o uso seguro de medicações de alto risco	Controle de eletrólitos concentrados	Ouro
	Medicamentos de alto risco	Platina
	Treinamento em Bomba de Infusão	Platina

Área de Segurança do Paciente	ROP	Nível
Ambiente de Trabalho Criar uma Força de Trabalho e Ambiente de trabalho que sustentem a prestação segura do cuidado	Programa de manutenção preventiva	Ouro
	Treinamento em Segurança do Paciente	Ouro
Prevenção e Controle de Infecção Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado e seu impacto através do contínuo da assistência	Administração oportuna de antibióticos profiláticos	Platina
	Higiene das Mãos	Ouro
	Práticas de segurança na utilização de medicamentos	Platina
Avaliação de Risco Identificar riscos à segurança inerentes à população assistida	Estratégia de prevenção de quedas	Platina
	Prevenção de úlcera de pressão	Platina
	Profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV)	Platina

Figura 3: Práticas Organizacionais Obrigatórias

Fonte: HEALTH SERVICES ACREDITATION (2016)

Além disso, são recomendadas a capacitação dos profissionais em relação às Práticas Organizacionais Obrigatórias, que focalizam a prevenção e minimização de erros de identificação de pacientes, de medicação e de procedimentos cirúrgicos, além da prevenção de infecções associadas ao cuidado, de quedas dos pacientes e de melhoria da comunicação (HEALTH SERVICES ACREDITATION, 2016).

Diante do exposto e considerando a nossa experiência de gerenciamento na coordenação de um Centro Cirúrgico e a necessidade de implantação da Cirurgia Segura, desde o ano 2009, ainda por não termos tido a adesão de todos os profissionais, que compunham a equipe cirúrgica, estabelecemos como questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre a lista de verificação de cirurgia segura para subsidiar a proposição de uma estratégia que possibilite a participação dos profissionais que atuam no centro cirúrgico?

Acreditamos que os resultados deste estudo, poderão contribuir com subsídios para elaborar estratégias mais eficientes para a implantação da lista de verificação de cirurgia segura em centros cirúrgicos.

3. OBJETIVOS

Frente ao exposto, para responder a questão de pesquisa, objetivo:

analisar as evidências científicas nacionais e internacionais sobre lista de verificação de cirurgia segura;

- propor uma estratégia educativa para a sua implantação, com base nestas evidências científicas.

4. MATERIAIS E MÉTODO

A Prática Baseada em Evidências (PBE) possibilita a análise e aplicação de resultados de pesquisas para que os profissionais da saúde tomem decisões para oferecer uma assistência de qualidade (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A PBE, tanto na medicina quanto na enfermagem, integra os resultados científicos já produzidos para subsidiar novas ideias e estratégias na prática clínica, auxiliando no desenvolvimento de tecnologias e protocolos (POLIT, BECK, 2011).

A PBE é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde, assim como na Enfermagem. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente às situações clínicas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A busca dos estudos, metodologicamente compatíveis para estabelecer as evidências para a prática clínica, deverá ser feita em fontes primárias, que são constituídas por artigos publicados nas bases de dados on-line como Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), dentre outras, e ainda, em fontes secundárias, que são constituídas por revisões sistemáticas sobre o tema de interesse do pesquisador. Para a seleção dos artigos devem ser estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão no planejamento do estudo, o que evitará o viés (POLIT, BECK, 2011).

A Revisão Integrativa (RI), fundamentada na PBE, é um método que proporciona a síntese do conhecimento para a incorporação de resultados de estudos significativos para a prática clínica, com etapas definidas e dos aspectos relevantes a serem avaliados (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

As etapas da RI são: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Além disso, na análise dos estudos é fundamental a avaliação do delineamento do estudo, por meio da hierarquia de evidências, classificadas em sete níveis como se segue:

- nível I: Estudos de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados;
- nível II: Estudos de ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- nível III: Estudos de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- nível IV: Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados (não experimental);
- nível V: Estudos de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- nível VI: Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Operacionalização do estudo

Para a realização deste estudo metodológico por meio da realização de RI, em busca de evidências científicas sobre lista de verificação de cirurgia segura e para estabelecer estratégia para a implantação da lista de verificação de cirurgia segura com base nestas evidências, seguiu-se as etapas:

- Definição da questão de pesquisa: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais sobre a lista de verificação de cirurgia segura, que podem subsidiar a proposição de uma estratégia educativa para a sua implantação?
- Descritores para a busca: *patient safety perioperative; nursing*;
- Busca integrada nas Bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), pela disponibilidade;
- Critérios de inclusão: artigos científicos, publicações no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017; em português, inglês ou espanhol; em seres humanos adultos e idosos acima de 18 anos; e obtidos na íntegra gratuitamente;
- Critérios de exclusão: publicações em formato de resumo, dissertações ou tese.

A amostra final foi constituída 16 artigos científicos.

Identificação	Medline N= 823	Lilacs N= 42	Total N= 865
Triagem	Exclusão: total 748 Outros idiomas/anos: 439 temas – 103 formatos – 78 Indisponível- 128	Exclusão: total 25 Tese – 1 Anterior 2010- 04 RI- 05 Indisponível-15	Pré-selecionados: total 92 Medline - 75 Lilacs - 17
Elegibilidade	Resumos analisados - 75	Resumos analisados - 17	Exclusão: 68 - Outra temática – 64 - Duplicados - 04
Incluídos	Análise dos artigos na íntegra: 20	Análise dos artigos na íntegra: 04	Artigos analisados: 24
	Seleção final: 12	Seleção final: 04	Amostra do estudo: 16

Figura 4: Adaptação do Flow Diagrama do processo de seleção de artigos da revisão integrativa (MOTHER et al., 2009).

Os estudos foram selecionados e revisados por dois revisores com experiência nesta atividade, com posterior comparação dos resultados, para a definição da amostra final deste estudo. Foi utilizado um instrumento para obtenção dos dados da amostra como identificação do estudo, características metodológicas e avaliação do rigor metodológico (URSI, GALVÃO, 2006).

5. RESULTADOS

A amostra final deste estudo (**Quadro 1**) foi constituída por 16 artigos científicos, sendo que 10 artigos científicos foram publicados em inglês e seis (6) artigos em português. Os países de origem desta produção foram Brasil com seis (6) artigos, EUA com quatro (4), Irlanda, Austrália, Espanha, Alemanha, Inglaterra e Suécia, respectivamente com um (1) artigo científico.

Estes artigos foram publicados três (3) artigos em 2017, cinco (5) em 2015, três (3) em 2013, dois (2) em 2012, respectivamente; e nos anos de 2014, 2011 e 2010 com um (1) artigo, respectivamente.

Em relação aos periódicos de publicação verificamos dois (2) artigos científicos), respectivamente na Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN J), na Acta Anaesthesiologica Scandinavica (Acta Anaesthesiol Scand) e Revista da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (Rev. SOBECCO. Além de um (1) artigo científico, respectivamente, na Revista de Enfermagem da Universidade de Piauí (Rev. enferm. UFPI), no The American Journal of Surgery (Am J Surg), no Journal of Nursing Management (J Nurs Manag), na Revista Eletrônica de Enfermagem (Rev. eletrônica enferm), Revista de Enfermagem da Escola Anna (Esc. Anna Nery Rev. Enferm), Journal of Nursing Scholarship (J Nurs Scholarsh), na Revista Gaúcha de Enfermagem (Rev Gaucha Enferm), BiomedCentral Surgery (BMC Surg), Journal of Nursing Care Quality (J Nurs Care Q) e British Journal of Surgery (Br J Surg).

Em relação ao nível de evidência, obtivemos doze artigos científicos com delineamento quantitativo descritivo ou qualitativo com nível VI; três (3) com delineamento de coorte retrospectivo, o que corresponde ao nível IV; um (1) artigo de ensaio clínico não randomizado com nível de evidência III. Portanto, ainda, as evidências sobre a temática do estudo são pouco fortes.

Autor (ano)	Periódico	País	Idioma	Título	Tipo de estudo/Nível evidência
Morais et al. (2017)	Rev. enferm. UFPI	Brasil	Português	Teste piloto de checklist de cirurgia segura: relato de experiência	Descritivo quantitativo VI
Zingiryan et al.(2017)	Am J Surg	EUA	Inglês	Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes	Descritivo quantitativo VI
O'Brien, Graham, Kelly (2017)	J Nurs Manag	Irlanda	Inglês	Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting	Descritivo qualitativo VI
Silva et al. (2015)	Rev. SOBECC	Brasil	Português	Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial	Descritivo retrospectivo quantitativo IV
Bezerra et al. (2015)	Rev. eletrônica enferm	Brasil	Português	Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental	Transversal retrospectivo quantitativo IV

Amaya et al. (2015)	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	Brasil	Português	Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura	Transversal retrospectivo quantitativo IV
Sykes et al. (2015)	AORN J	Austrália	Inglês	Surgical team mapping: implications for staff allocation and coordination	Transversal quantitativo VI
Raurell-Torredà et al. (2015)	J Nurs Scholarsh	Espanha	Inglês	Case-based learning and simulation: useful tools to enhance nurses' education? nonrandomized controlled trial	ensaio clínico não randomizado III
Pancieri, Carvalho, Braga (2014)	Rev. SOBECC	Brasil	Português	Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência	Descritivo quantitativo VI
Pancieri et al. (2013)	Rev Gaucha Enferm	Brasil	Português	Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola	Descritivo qualitativo VI
Steelman, Graling, Perkhounkova (2013)	AORN J	EUA	Inglês	Priority patient safety issues identified by perioperative nurses	Descritivo quantitativo VI
Böhmer et al. (2013)	Acta Anaesthesiol Scand	Alemanha	Inglês	Long-term effects of a perioperative safety checklist from the viewpoint of personnel	Descritivo quantitativo VI

Prabhakar et al. (2012)	BMC Surg	EUA	Inglês	Introducing standardized "readbacks" to improve patient safety in surgery: a prospective survey in 92 providers at a public safety-net hospital.	Descritivo quantitativo VI
Schnall et al. (2012)	J Nurs Care Q	EUA	Inglês	Patient safety issues in advanced practice nursing students' care settings.	Descritivo quantitativo VI
Crossley et al. (2011)	Br J Surg	Inglaterra	Inglês	Prospective observational study to evaluate NOTSS (Non-Technical Skills for Surgeons) for assessing trainees' non-technical performance in the operating theatre.	Descritivo quantitativo VI
Nilsson et al. (2010)	Acta Anaesthesiol Scand	Suécia	Inglês	Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes.	Descritivo quantitativo VI
Nilsson et al. (2010)	Acta Anaesthesiol Scand	Suécia	Inglês	Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes.	Descritivo quantitativo VI

Quadro 1: Síntese da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2018

Ao analisarmos a amostra deste estudo, constatamos que em sete artigos científicos, categorizados como “Participação para implantação do *checklist*”, os autores abordaram sobre a importância do comprometimento e a integração dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico para o alcance do sucesso da implantação da lista de verificação da cirurgia segura (MORAIS et al., 2017; O'BRIEN, GRAHAM, KELLY, 2017; RAURELL-TORREDÀ et al., 2015; PANCIERI et al., 2013; PRABHAKAR et al., 2012; SCHNALL et al., 2012; CROSSLEY et al., 2011).

Por outro lado, nove artigos científicos, categorizados como “Avaliação da implantação do *checklist*”, enfatizaram sobre a importância da avaliação dos resultados alcançados com a implantação do *checklist* de verificação de cirurgia segura, assim como para a melhoria do processo de segurança perioperatória (ZINGIRYAN et al., 2017; SILVA et al., 2015; BEZERRA et al., 2015; AMAYA et al., 2015; SYKES et al., 2015; PANCIERI, CARVALHO, BRAGA, 2014; STEELMAN, GRALING, PERKHOUNKOVA, 2013; BÖHMER et al., 2013; PRABHAKAR et al., 2012; NILSSON et al., 2010).

Autor (ano)	Objetivo	Resultados	Categoria Tema
Morais et al. (2017)	descrever a utilização de checklist de cirurgia segura	refinamento e implementação do checklist de cirurgia segura, com participação de 35 profissionais de saúde do centro cirúrgico, graduandos e docentes, que resultou em sensibilização, análise de dificuldades e potencialidades sobre cultura de segurança e maior integração das atividades de ensino-assistência e pesquisa	Participação para implantação do checklist
Zingiryan et al.(2017)	verificar o impacto da implementação do checklist de cirurgia segura	questionário (28 perguntas) sobre as perspectivas da equipe cirúrgica após 2 anos de implantação do checklist, que indicou que apesar de não haver diminuição de complicações cirúrgicas (respiratório, circulatório, infecção, deiscência cirúrgica, tromboembolismo, hemorragia e reação transfusional), melhorou a comunicação, a segurança e a prevenção de erros na sala cirúrgicas	Avaliação da implantação do checklist
O'Brien, Graham, Kelly (2017)	explorar a experiência de utilização do checklist de cirurgia segura	os participantes relataram comprometimento para implementação do checklist de cirurgia segura como melhor prática, mas destaca os desafios e responsabilidades de supervisão da equipe de saúde na prática clínica	Participação para implantação do checklist
Silva et al. (2015)	analisar os eventos adversos notificados no Centro Cirúrgico para a segurança do paciente	analisadas 250 notificações de eventos na instituição privada, mas constatou-se subnotificação e o seu reconhecimento pelos profissionais nas situações de eventos adversos ou falhas nos cuidados	Avaliação da implantação do checklist

Bezerra et al. (2015)	estimar a prevalência dos incidentes ocorridos durante cirurgias em um centro cirúrgico e analisar os tipos e causas das ocorrências	26 incidentes (suspensão de cirurgia, perfuração de luvas, acidentes com paciente por falhas técnicas procedimentais ou falhas técnicas de gerenciamento) foram relacionados às falhas da organização do serviço e da equipe, da prescrição, de conhecimento e sobrecarga de trabalho	Avaliação da implantação do checklist
Amaya et al. (2015)	analisar e relacionar o registro de informações e conteúdo dos checklists com os objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas	257 <i>checklists</i> de cirurgias ortopédicas realizadas entre 2011 e 2012 em hospital brasileiro, sendo que em 99,8% dos itens verificados, os registros não evidenciavam a checagem documental sobre local cirúrgico correto, perdas sanguíneas, reação alérgica, retenção de instrumentais ou compressas, identificação de espécimes cirúrgicos e comunicação	Avaliação da implantação do checklist
Sykes et al. (2015)	descrever a participação da equipe perioperatória em quatro especialidades cirúrgicas em um hospital australiano	100 cirurgias realizadas com participação de 171 profissionais, por quatro equipes cirúrgicas, sendo que 18 (10,5%) foram compartilhados entre as equipes (12 enfermeiras, 5 anestesistas e 1 registrador). Houve correlações fracas, mas significativas entre o número de funcionários, tempo de início e duração da cirurgia e condição clínica do paciente	Avaliação da implantação do checklist
Raurell-Torredà et al. (2015)	comparar habilidades adquiridas por graduandos de enfermagem em um curso médico-cirúrgico	101 graduandos, matriculados no curso "Pacientes Adultos 1": palestra e discussão tradicional (n = 66) ou a leitura e discussão de casos (n = 35) do estudo; 59 enfermeiros grupo controle para avaliar os efeitos da experiência clínica prévia sobre os resultados da aprendizagem. Os controles obtiveram nota inferior ao grupo de intervenção na avaliação do paciente e os enfermeiros cometeram mais "erros baseados em regras" do que os alunos de graduação, na identificação de pacientes e de alergias antes de administrar medicação	Participação para implantação do checklist

Pancieri, Carvalho, Braga (2014)	relatar a experiência da aplicação do checklist de cirurgia segura	aplicação de um checklist em 30 cirurgias em um hospital escola, que identificou a necessidade de mudanças em alguns itens e preenchimento de itens na sala de recuperação pós-anestésica	Avaliação da implantação do checklist
Pancieri et al. (2013)	avaliar a opinião das equipes cirúrgicas de um hospital escola sobre o <i>checklist</i> de “cirurgia segura” e sua influência na segurança cirúrgica e na comunicação da equipe	30 membros da equipe cirúrgica (cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) relataram maior segurança ao processo cirúrgico por diminuir riscos e possíveis complicações. Possibilita a melhor compreensão do processo; fornece segurança a equipe como um todo; mas não perceberam mudanças na comunicação interpessoal	Participação para implantação do checklist
Steelman, Graling, Perkhounkova (2013)	identificar as questões prioritárias de segurança do paciente relatadas por enfermeiros cirúrgicos	Por meio de um link os enfermeiros elencaram os principais problemas de segurança cirúrgica do paciente, sendo que das 3137 respostas, os 10 problemas prioritários de segurança: local errado/procedimento/cirurgia do paciente, itens cirúrgicos retidos, erros de medicação, falhas no reprocessamento de instrumentos, lesões por pressão, erros de gerenciamento de amostras, incêndios cirúrgicos, hipotermia perioperatória, queimaduras e emergências de intubação e de via aérea. Estes resultados poderão subsidiar programas de educação permanente e alocação de recursos para melhorar o atendimento do paciente cirúrgico	Avaliação da implantação do checklist
Böhmer et al. (2013)	avaliar os padrões de segurança perioperatória e a qualidade da cooperação interprofissional, após 2 anos de implantação do checklist	99 participantes responderam questionário com 19 pontos sobre segurança e qualidade da cooperação interprofissional antes e aos 3, 18 e 24 meses, após a implantação do checklist de cirurgia segura, no qual consentimento por escrito para cirurgia, demarcação do local cirúrgico e gerenciamento de tempo foram avaliados positivamente e a comunicação menos positiva após 18 e 24 meses, em relação aos 3 meses. Os cirurgiões avaliaram estar melhor informados sobre pacientes, cirurgia planejada com atribuição de	Avaliação da implantação do checklist

		tarefas progressivamente mais positiva ao longo do tempo; efeitos mais duradouros poderiam ser alcançados por educação permanente	
Prabhakar et al. (2012)	determinar a percepção da equipe perioperatória sobre o papel das readbacks padronizadas para melhorar a segurança do paciente em cirurgia em um hospital público e no centro de trauma	92 (50,1%) participantes reconheceram que a análise dos checklists são importantes para a redução dos erros de comunicação e na melhoria da segurança do paciente, com educação permanente. Houve diferença estatística para a disposição dos profissionais em participar de treinamento sobre feedbacks, contudo os médicos residentes não reconheceram os feedbacks para a redução dos erros de comunicação e para participar de treinamento. Ainda, os feedbacks foram importantes nas transferências do paciente, nos cuidados dos pacientes críticos, na contagem e verificação de instrumentos cirúrgicos, além da delegação de múltiplas tarefas, que poderá ser padronizada com ferramenta de um conjunto uniforme de frases scripts podem reduzir e/ou prevenir eventos adversos para paciente cirúrgico	Participação para implantação do checklist
Schnall et al. (2012)	identificar e caracterizar problemas de segurança do paciente em cuidados de enfermagem avançada, com visitas de atendimento ambulatorial	162 enfermeiros de um programa de educação de práticas avançadas de enfermagem opinaram sobre segurança do paciente relacionados ao diagnóstico e gerenciamento terapêutico como problemas na comunicação clínica com os pacientes e que a adoção de tecnologia da informação poderá melhorar a segurança do paciente	Participação para implantação do checklist
Crossley et al. (2011)	avaliar as NOTSS (habilidades não-técnicas para cirurgias) no contexto real, por avaliadores treinados	O instrumento de avaliação NOTSS (Competências não Técnicas para Cirurgias) foi desenvolvido para avaliar as habilidades não técnicas de cirurgias na sala de operações, que avaliou 56 anestesistas, 39 enfermeiras, 2 profissionais de cuidados cirúrgicos e 3 avaliadores independentes realizaram 715 avaliações de 404 casos de 15 procedimentos, de 6 especialidades realizadas por 85 estagiários. Os escores de habilidades não-técnicas dos formandos foram relativamente independentes de procedimentos e alcançaram boa confiabilidade	Participação para implantação do checklist

		(coeficiente 0,8 ou mais). O treinamento de avaliadores foram suficientemente discriminatórios e consistentes para os julgamentos de habilidades não-técnicas de cirurgiões estagiários com pontuações confiáveis	
Nilsson et al. (2010)	verificar atitudes da equipe na implementação do checklist antes do início deste procedimento operacional	331 profissionais responderam que o checklist, após um ano de sua implantação, contribui no aumento da segurança do paciente por identificar e resolver problemas, por meio da confirmação da identidade do paciente, do procedimento correto, do lado correto, além da verificação de alergias ou doenças contagiosas por 84% participantes. As atitudes para verificar o posicionamento do paciente, as alergias e a revisão de momentos críticos potenciais foram positivas, mas diferiram significativamente entre as profissões. As atitudes para uma lista de verificação semelhante no final da cirurgia foram identificadas	Avaliação da implantação do checklist

Quadro 2: Síntese dos objetivos, resultados e temática da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2018

6. DISCUSSÃO

A temática sobre segurança do paciente nas unidades hospitalares configura uma tendência mundial, que tem mobilizado os profissionais da saúde, mas nem sempre abordado de maneira adequada pela mídia.

A publicação do relatório do *Institute of Medicine* (IOM), *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no final da década de 90, demonstrou a análise de estudos epidemiológicos, com identificação de alta incidência de EAs nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados ao erro humano, passando a ser inegável a necessidade de repensar os modelos assistenciais, a fim de garantir a segurança do paciente (KOHN, 2000).

Dada a repercussão mundial desta publicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a segurança do paciente nos serviços de saúde, definindo em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). A abordagem fundamental da Aliança é a prevenção de danos aos pacientes e o elemento central é a ação chamada "Desafio Global", com várias temáticas de prioridades ao longo do tempo.

No Brasil, as discussões sobre a temática foram iniciadas em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possui participação voluntária e tem como finalidade notificar EAs e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância.

Com base na experiência da Rede, foi lançado em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído através da Portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Ambos os dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde por meio da execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013).

A Anvisa publicou a RDC nº. 36, em 22 de julho de 2013, que institui as ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente, mas nas instituições brasileiras a implementação da lista de verificação de cirurgia segura ainda é incipiente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Ainda em 2013, o MS publicou seis protocolos básicos de segurança do paciente: a prática de higiene das mãos; a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a identificação dos pacientes; a prevenção de quedas e úlceras por pressão e a cirurgia segura. Estes deverão ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde e devem compor os programas de saúde do paciente, que devem ser elaborados pelos NSP. Para tanto, os profissionais, principalmente os enfermeiros, necessitarão de capacitação para incorporar estes na prática clínica, na assistência aos pacientes.

Uma importante atribuição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a notificação de EAs relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), denominado ASSISTÊNCIA À SAÚDE (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). Contudo, ainda enfrentamos a subnotificação, além da necessidade de maior conhecimento sobre a classificação de EAs e não conformidade.

De acordo com a RDC Anvisa nº 36/2013, todos os serviços de saúde, quer sejam públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, devem constituir Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), para promoção e apoio na implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Estas instituições devem melhorar os sistemas de informação para avaliar a notificação de EAs e não conformidades, ocorridos no serviço de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Apesar de todos os avanços, no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca, e, frequentemente os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde nas instituições hospitalares são noticiados pela imprensa e mídia, causando grande comoção social. Porém, isso não tem modificado o compromisso e a postura dos profissionais na busca de mudança cultural (DUARTE et al., 2015).

A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, contribuindo para a omissão dos episódios (PAVÃO et al., 2014).

O erro ou incidente pode ser definido como o evento ou circunstância, que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário ao paciente, originado por atos intencionais ou não. Quando não atingem o paciente, ou ainda, são detectados anteriormente à ocorrência, são denominados de *near miss* (quase erro), quando o atingem, mas não causam danos discerníveis, são denominados de incidente sem danos ou eventos toleráveis. Por outro lado, quando resultam em dano discernível, são nomeados de incidentes com dano ou evento adverso inaceitável (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

O Centro Cirúrgico por constituir a unidade dentro do hospital que realiza procedimentos cirúrgicos, torna-se uma das unidades onde a temática segurança do paciente deve ser uma prioridade para os profissionais, que atuam no seu cotidiano. Além disso, a diversidade de procedimentos e a intensa circulação de profissionais de saúde de diferentes áreas podem aumentar a possibilidade de ocorrência destes eventos. Para tanto, é primordial que a lista de verificação de cirurgia segura seja implantada (MORAIS et al., 2017; O'BRIEN, GRAHAM, KELLY, 2017; RAURELL-TORREDÀ et al., 2015; PANCIERI et al., 2013; PRABHAKAR et al., 2012; SCHNALL et al., 2012; CROSSLEY et al., 2011).

O conhecimento teórico possibilita identificar a ocorrência de eventos ou daquilo que caracteriza uma não conformidade. A atualização de conhecimentos, de formação em pesquisas, aliada à necessidade de transformação da realidade, podem favorecer a implantação da lista de cirurgia segura, com utilização de várias estratégias que realmente, facilitem a consolidação, aumentando a adesão dos profissionais.

A mudança de cultura organizacional sobre a lista de verificação de cirurgia segura requer observar a realidade do centro cirúrgico, evidenciar a compreensão dos profissionais do centro cirúrgico e avaliar a ocorrência de EAs. Contudo, a adoção desta nova cultura sobre a cirurgia segura, deve estar fundamentado em uma prática reflexiva dos profissionais sobre a sua prática assistencial, sem o caráter punitivo, que perdurou por muito tempo na área da saúde (MORAIS et al., 2017; O'BRIEN, GRAHAM, KELLY, 2017; RAURELL-

TORREDÀ et al., 2015; PANCIERI et al., 2013; PRABHAKAR et al., 2012; SCHNALL et al., 2012; CROSSLEY et al., 2011).

Ressalta-se que o Programa de Acreditação contribui para que ocorra alteração progressiva e planejada de hábitos, de modo que os profissionais sejam estimulados a participar do processo, que visa à mobilização e à criação de metas objetivas, para assegurar a melhoria na qualidade da assistência prestada (MANUAL DA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2014).

A tecnologia e a estrutura das organizações, somente têm significado se as pessoas se sentirem comprometidas com a qualidade, sobretudo no que se refere ao atendimento das necessidades dos pacientes. Portanto, grande diferencial das organizações está no âmbito da qualidade dos profissionais, que compõe as equipes e de seu desempenho, assim como na capacidade crítica destes para avaliar a implementação da lista de verificação de cirurgia segura (ZINGIRYAN et al., 2017; SILVA et al., 2015; BEZERRA et al., 2015; AMAYA et al., 2015; SYKES et al., 2015; PANCIERI, CARVALHO, BRAGA, 2014; STEELMAN, GRALING, PERKHOUNKOVA, 2013; BÖHMER et al., 2013; PRABHAKAR et al., 2012; NILSSON et al., 2010).

Por outro lado, o cuidado ao paciente deverá ser uma prioridade não somente para o processo de acreditação, mas na educação permanente dos profissionais das instituições de saúde, que devem ser discutidos na avaliação dos processos de trabalho, com maturidade para resolução de dificuldades para a melhoria da assistência à saúde das pessoas.

Assim, a avaliação sobre EAs e não conformidades devem ser realizados, incluindo-se todas as unidades, que mantêm relação com o Centro Cirúrgico:

- Eventos e não conformidades relacionadas aos setores de apoio ao Centro Cirúrgico (Gestão de acesso, lavanderia, setor de diagnósticos, SND (serviço de nutrição e dietética), CME (central de material esterilizado), lavanderia, banco de sangue, fisioterapia, serviço social e setor de assepsia;
- Eventos e não conformidades relacionados a equipe médica do Centro Cirúrgico;
- Eventos e não conformidades relacionados a equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico;

- Eventos e não conformidades relacionados a falha de comunicação entre os envolvidos;
- Eventos e não conformidades relacionados ao uso de materiais e equipamentos;
- Eventos e não conformidades relacionadas ao próprio paciente (reações não esperadas).

Para tanto, reuniões mensais podem ser realizadas com a equipe cirúrgica e os representantes das outras unidades para resolução dessas notificações, com perspectiva de avaliação para a melhoria do processo de trabalho. A mudança de cultura organizacional é aprendida no vivido e no compartilhado. Com esta postura e compromisso será possível alcançar a integralidade no cuidado do paciente cirúrgico.

Na busca da certificação pela Instituição de saúde, mediante o processo de Acreditação pela metodologia internacional de excelência (Qmentum International), ressaltamos os aspectos fundamentais de orientação e monitoramento dos padrões de alta performance de qualidade e segurança, cujos critérios, são validados internacionalmente. No Brasil, a Acreditação Canadense desenhou a Joint Venture com o IQG para implantação e manutenção desta metodologia internacional.

As inovações da metodologia Qmentum International utilizam novas ferramentas de avaliação para o fechamento do juízo de valor, que estão alinhadas aos princípios da Governança Clínica. Esta metodologia possibilita o acompanhamento dos indicadores de desempenho e resultados através de uma plataforma customizada. As orientações de especialistas internacionais dão suporte à metodologia e garantem um processo contínuo de melhorias e introdução de inovações.

Ainda, possibilita muitos benefícios à comunidade com a adesão das Instituições ao processo de Acreditação, entre eles, a acentuada importância que se dá à estrutura organizacional, um impacto relevante nos processos e protocolos, comunicação efetiva e clara com os pacientes e familiares, benefícios imprescindíveis para aumentar o desempenho organizacional e também ações de educação e treinamento para melhoria do aprendizado na instituição.

Para a obtenção da acreditação hospitalar podem ser implementadas ações como esclarecimentos e orientações sobre os procedimentos cirúrgicos aos pacientes no pré-anestésico pelos profissionais, viabilizando o relacionamento com as equipes de anestesistas, cirurgiões e enfermeiros com outros setores, para a integração institucional e mudança da cultura organizacional.

No atendimento Cirúrgico os processos são voltados para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como na recuperação pós-anestésica imediata, de forma sistematizada, de acordo com o grau de complexidade e especialização da Instituição.

Para tanto, é importante a utilização de Padrões de Qualidade em Centro Cirúrgico, que englobam:

- Exigências da ONA no Centro Cirúrgico (MANUAL DA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2014):
- Escala de plantão dos profissionais e sua distribuição nas 24 horas, considerando-se as necessidades e o gerenciamento adequado de recursos matérias, infraestrutura e capital humano;
- Gerenciamento do fluxo e da demanda do atendimento cirúrgico;
- Fluxo de atendimento às emergências;
- Apoio diagnóstico e terapêutico nas 24 horas;
- Estabelecimento de procedimentos para assegurar a continuidade da assistência aos pacientes;
- Estrutura e procedimentos adequados à recuperação pós-anestésica;
- Manutenção preventiva e guarda adequados dos equipamentos;
- Cumprimento de diretrizes de limpeza e desinfecção de materiais e produtos;
- Gerenciamento de eventos adversos conforme legislação;
- Humanização da assistência ao paciente;
- Gerenciamento de protocolos assistenciais visando à melhoria da técnica e o controle de problemas;
- Implantação da lista de verificação de cirurgia segura.

Para a implantação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura e para a busca da conquista do Título da Acreditação Canadense - QMENTUM (Momento de Qualidade), importantes etapas podem ser realizadas a equipe cirúrgica (time) como:

- estímulo ao espírito do trabalho em equipe (Time);
- capacitação em relação aos ROPS (práticas organizacionais obrigatórias, de forma contínua;
- realização de auditorias constantemente nos prontuários cirúrgicos (utilização do Tracer Cirúrgico);
- elaboração de notificações por todo time cirúrgico e reuniões contínuas com todos envolvidos nas não conformidades;
- envolvimento de todo corpo clínico;
- identificação das especificidades de cada elemento do processo de trabalho e suas implicações práticas;
- implementação da lista de verificação de cirurgia segura (checklist) com todo time;
- reprocessamento de materiais e equipamentos do Centro Cirúrgico, com utilização rigorosa das recomendações dos fabricantes, bem como de resoluções pertinentes e as práticas condizentes com os protocolos;
- realização de reuniões para discutir sobre segurança de paciente, com compartilhamento de informações sobre potenciais riscos para reduzir o risco de erro e melhorar a qualidade da assistência.

A participação na implantação do *checklist* pode ser realizado por meio de um programa educativo de habilidades práticas sobre segurança do paciente com abordagem de diagnóstico, gerenciamento terapêutico e a importância da comunicação clínica com os pacientes para a redução dos erros, aumentam a segurança ao processo cirúrgico e necessidade da adoção de tecnologia da informação, além de favorecer a sensibilização, com análise das dificuldades (SCHNALL et al., 2012; CROSSLEY et al., 2011; PRABHAKAR et al., 2012; PANCIERI et al., 2013; MORAIS et al., 2017) e a utilização de estratégias como palestra, leitura com discussão tradicional ou discussão de casos (RAURELL-TORREDÀ et al., 2015) facilitam o desenvolvimento de habilidades clínicas e auxiliam a superar os desafios, com maior responsabilidade na supervisão da equipe de saúde na prática clínica (O'BRIEN, GRAHAM, KELLY, 2017).

Considerando estas evidências científicas da RI e a discussão dos resultados, propomos uma implementação da atividade educativa para a implantação e implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, com a utilização do Método do Arco, fundamentado na Andragogia (Educação de

Adultos), que foi desenvolvido inicialmente como metodologia de ensino por Frank Charles Laubach e desenvolvida no Brasil por Paulo Freire. Isto se justifica por esta metodologia favorecer a proatividade no desenvolvimento e a viabilização da implementação com participação crítica dos profissionais.

Este método preconiza cinco etapas sistematizadas: Observação da Realidade; Pontos Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação a Realidade; que tem sido utilizada em situações de ensino de adultos. Está previsto um encontro, com divisão dos profissionais, em subgrupos de 15 participantes, que será desenvolvido com estas etapas (BERBEL, 1998; SONOBE et al., 2001; BORDENAVE; PEREIRA, 2002):

- **Observação da realidade:** é o ponto de partida uma determinada realidade observada pelo pesquisador, situando os problemas num contexto global com a participação dos profissionais com os relatos de sua experiência sobre cirurgia segura e suas dúvidas, que permitirá identificar as dificuldades, necessidades, discrepâncias, de várias ordens, que serão transformadas em problemas para melhorar a implementação da lista de verificação da cirurgia segura. Assim, os profissionais em pequenos grupos, poderão participar de discussões, que devem ser coordenados por um enfermeiro líder, nas quais questões, dúvidas e dificuldades sobre a lista de verificação de cirurgia segura e da necessidade de mudança de cultura organizacional, podem ser abordadas.

Os cirurgiões e os anestesistas deverão ser convidados para participar, o que será importante para dimensionar a experiência destes profissionais e a expectativa e o envolvimento para a implementação da lista de verificação da cirurgia segura na sala de cirurgia.

- **Pontos chave:** os participantes e o pesquisador identificam entre os dados observados e percebidos, os mais relevantes e determinantes da situação, que requer análise reflexiva, a elaboração dos pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema, para compreendê-lo mais profundamente e encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-lo ou desencadear passos na melhoria do processo de implementação.

Com a problematização é possível identificar a necessidade do envolvimento de todos no processo de implementação da lista de verificação da cirurgia segura.

- **Teorização:** o pesquisador faz a fundamentação teórica do assunto para a solução das dificuldades da implementação do *Checklist* de Cirurgia Segura, filmes, discussão de situações-problema, experiências científicas e observações, que possam contribuir na solução das dificuldades e identificação dos avanços na prática clínica. Outras estratégias que poderão ser utilizadas são: panfleto ou produção de vídeo sobre a cirurgia segura, elaborados com a participação de todos os profissionais da equipe cirúrgica, assim como ação da cartilha do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, cuja divulgação poderá ser realizada em pontos estratégicos no centro cirúrgico como sala de conforto médico e na copa dos profissionais da enfermagem, para estimular a leitura da equipe sobre a importância, bem como sobre as etapas de sua implementação.

É importante convidar os profissionais das equipes para assistirem vídeos mostrando como proceder na cirurgia segura e inserir as evidências científicas da RI sobre a implantação e adesão dos profissionais em outros contextos hospitalares podem acrescentar elementos para a reflexão, discussão e busca de definição pelo grupo de profissionais sobre as possibilidades e a importância da lista de segurança cirúrgica para favorecer a sua implementação.

- **Formulação de hipóteses de solução:** confronto da realidade com a teorização, através da extrapolação e generalização, com apresentação e seleção de soluções criativas e viáveis na prática, após a teorização. Para tanto, as hipóteses de solução poderão ser desenvolvidas por meio de treinamentos com as equipes, com horários flexíveis para assegurar a participação dos profissionais.

As hipóteses podem surgir nas discussões e na abordagem sobre a importância da implantação da lista de cirurgia segura no intraoperatório, devem elaborar um cronograma de execução, com estimulação de participação de todos os profissionais (cirurgiões, anestesistas, instrumentadores, circulantes de sala, enfermeiros e outros profissionais de outros serviços de apoio). Por outro lado, é fundamental o envolvimento dos profissionais, que realizam a gestão da Instituição como os diretores da Instituição e Coordenação do Centro Cirúrgico, na discussão sobre a importância da implantação da lista de cirurgia segura e do cronograma de implantação. Com a sensibilização dos profissionais, envolvimento de todos e treinamento de capacitação, pode-se estimular a adesão da equipe do centro cirúrgico e assegurar que a lista de cirurgia segura seja efetivamente colocada em prática.

- **Aplicação da realidade:** geração das hipóteses mais viáveis pelos profissionais, que serão implementadas e os participantes podem aprender a generalizar para situações diferentes e discernir a conveniência nas circunstâncias, assim adquirem competência e habilidade no manejo das situações associadas à solução do problema na implementação da lista de verificação de cirurgia segura. Além disso, o vídeo da lista de verificação de cirurgia segura pode ser exibido na sala de conforto médico e na copinha dos colaboradores, enfatizando a importância da implementação como estratégia educativa para favorecer a sensibilização destes profissionais e a continuidade da implementação da cirurgia segura. Ainda, é possível utilizar outras estratégias criativas como adaptação da letra sobre a lista de cirurgia segura à uma música conhecida, com a participação de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além dos outros profissionais divulgar na Instituição.

- **Avaliação:** processo inerente ao aprendizado por meio da observação e percepção dos participantes sobre sua evolução, seu desempenho e aquisição de conhecimento, frente as suas necessidades, com estabelecimento de novas metas. É importante ressaltar a necessidade de avaliação contínua sobre o processo de implantação da lista de verificação cirúrgica, com participação de todos, identificando dificuldades e resultados conquistados, com definição de novos desafios.

O tempo previsto para a atividade educativa de avaliação não deve ser demorada, podendo ser em torno de uma hora. Este tempo investido para esta atividade de avaliação também deverá ser computado, dentro da carga horária de trabalho, pois esta faz parte do trabalho dos profissionais. Por outro lado, durante esta atividade, os profissionais não deverão estar escalados nas atividades assistenciais no Centro Cirúrgico.

Para a adequação quantitativa e qualitativa da equipe do Centro Cirúrgico devido à complexidade específica deverá ser realizado aprimoramento sistematizado para a capacitação, de todos os profissionais, contemplando aspectos técnicos, além das habilidades interpessoais para favorecer o desenvolvimento das equipes; os sistemas que envolvem riscos, deverão constituir uma ferramenta de normatização/padronização para aumentar a previsibilidade e transferência da informação; discussão como profissionais sobre riscos, abrangendo todos os aspectos do processo, incluindo-se os de

caráter administrativo e de relacionamento entre setores, com ênfase na prevenção de falhas, além de ações mitigatórias; e a abordagem do ato cirúrgico e de recuperação anestésica enquanto um “processo” (CROSSLEY et al., 2011; PRABHAKAR et al., 2012; SCHNALL et al., 2012; PANCIERI et al., 2013; RAURELL-TORREDÀ et al., 2015; MORAIS et al., 2017; O'BRIEN, GRAHAM, KELLY, 2017).

Por outro lado, para propiciar a participação ativa dos profissionais da equipe de centro cirúrgico, uma intervenção Educativa sobre Cirurgia Segura, com utilização do Método do Arco, foi elaborada, considerando-se os resultados da RI sobre a temática.

Esta proposta educativa para a implementação da lista de verificação da cirurgia segura favorecerá a participação da equipe de enfermagem, médica e de anestesistas, além da participação de outros serviços de apoio da Instituição.

As mudanças nos processos de trabalho viabilizam a participação ativa na construção, na decisão das melhores alternativas para o alcance de melhores resultados e na avaliação da implementação. Ou seja, a partir da problematização do processo e a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais do Centro Cirúrgico na sua implementação, é possível identificar as necessidades de maior capacitação profissional e assim, obter a melhoria do processo de trabalho e da assistência transoperatória aos pacientes. Desta forma, acreditamos que será possível a consolidação da implantação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura, em consonância com a obtenção da acreditação hospitalar.

7. CONCLUSÃO

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 16 artigos científicos nacionais e internacionais sobre esta temática, que ainda é escassa e com níveis de evidências pouco fortes, sendo 12 artigos científicos de nível VI; três (3) de nível IV; um (1) de nível de evidência II.

Deste total, sete (7) artigos científicos foram categorizados em “Participação para implantação do *checklist*” e nove (9) em “Avaliação da implantação do *checklist*”, cuja análise evidenciou a importância da participação dos profissionais no planejamento da implantação e da implementação da lista de verificação de cirurgia segura, que deve ter uma perspectiva educativa, que favoreça o envolvimento e capacidade crítica de todos os envolvidos, desde aqueles que atuam diretamente e indiretamente, além dos responsáveis pela gestão da instituição hospitalar.

A proposta da atividade educativa para o desenvolvimento da cirurgia segura, fundamentada na metodologia da problematização, que apresenta consonância com as evidências científicas analisadas neste estudo.

Acreditamos que os resultados e a proposta educativa possam contribuir na melhoria da assistência perioperatória, na melhoria da qualidade e na conquista da acreditação hospitalar e para futuros estudos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu-nos aprofundar na essência do conhecimento sobre educação, trabalho em equipe, além do incentivo para as demandas que surgiram e que nos permitiram possibilidades, que jamais conseguiríamos antes.

Este estudo teórico foi fundamental para a implantação da Cirurgia Segura no Centro Cirúrgico na Instituição onde atuamos, pois mostrou que não podemos medir esforços para alcançar nossos objetivos e transformar paradigmas, acumulados por muito tempo nessa unidade.

A colaboração e o empenho da equipe multiprofissional fizeram a diferença na viabilização das mudanças na unidade de Centro Cirúrgico, que se somaram em um todo na Instituição Hospitalar, por melhores práticas.

A busca pela qualidade, segurança nos processos e a integralidade nos serviços prestados nesta Instituição somente é possível pelo envolvimento de todos.

As mudanças nos processos de trabalho viabilizaram a participação ativa na construção e na decisão das melhores alternativas para o alcance de melhores resultados, na sua implementação.

A busca pela Acreditação Internacional elevou nossos horizontes e nos fez acreditar em nós mesmos.

Hoje podemos dizer que não somos perfeitos, temos ainda falhas a serem superadas, mas podemos ser modelos para muitas Instituições Hospitalares.

O Mestrado foi de suma importância na busca e conhecimento de evidências científicas, que puderam ser aplicadas na nossa realidade, mostrando a importância da pesquisa e da busca contínua de educação permanente.

As atividades desenvolvidas no Mestrado ajudaram no meu amadurecimento como pesquisadora e aprofundamento crítico na perspectiva profissional e melhoria da nossa inserção institucional.

Mediante às orientações da minha orientadora, que não mediu esforços para nos incentivar, trabalhamos para transformar a prática na Instituição onde atuamos, com conquista dos nossos anseios e sentimos a cada, que fazemos a diferença como profissionais nesta Instituição.

A pesquisa mostrou-nos que não podemos parar no tempo, nada é estático, a cada segundo, tudo muda, tudo se transforma!!!

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde, Brasília, v.1, n.1, jan/jul., 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Acesso em: 13 dez. 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+N%C2%BA+01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1505>

AUSTIN, J. E. Managing in developing countries: strategic analysis and operating techniques. New York: The Free Press, 1990. BARROS, B. T. Fusões. https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/5020/5020_7.PDF

BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.2, p. 139-54, fev.1998.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 9a ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília.248 p., p.9, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Segurança do Paciente**, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Traduzido por: Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro. 221 p., 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2013.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 10 jul 2013.

_____. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-82, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf. Acesso em: 13/05/2011.

CASTRO FILHO, H. F. COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Manual de cirurgia segura**. p.5. 2009. Acesso em: 13 dez. 2017. Disponível em: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Manual-Cirurgia-Segura.pdf>.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. **Salud Pública de México**, México, v. 32, p. 113-117, 1990.

DUARTE. S.C.M et al. Eventos Adversos e Segurança na assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**; 68(1):144-54, jan-fev 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura em serviços de saúde. In: **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: Anvisa, 2013. Cap. 9, p. 113-4.

FREITAS, M.R. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(1):137-48, jan, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>

HAYNES, A.B.; WEISER, T.G; BERRY, W.R. A Surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **N. Engl. j. med**, Boston, v. 360, n.5, p.491-9, 2009. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 23/07/2012.

HINRICHSEN, S. L. **Qualidade e Segurança do Paciente**. Gestão de Riscos. Rio de Janeiro; p.82, 2012. Acesso em: 03/12/2018. Disponível em: <http://www.pp.ufu.br/Cobenge2001/trabalhos/EQC003.pdf>.

IQG - HEALTH SERVICES ACREDITATION. **Manual de Acreditação Internacional** Serviços Perioperatórios e procedimentos invasivos. versão 3, p. 157.2016.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. To err is human: building a safer health system. Washington: National AcademyPress; 2000.

LEOPE, L.L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical; Practice Study II. **N.Engl, J Med**. 324:377-84. 1991.

MANUAL DA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. Editora: **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**.Vol.1; p.19-22, 2014

MANUAL DA ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE. Editora: **Organização Nacional de Acreditação (ONA)**. Cirurgia Segura,Vol.1; p.22, 2009.

MARTINS, L. F.V. **Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais**. maio/ago. 2014. v. 19. n. 2. p. 151-8. Disponível em: www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/download/3566/2988> Acesso em: 15 ago. 2017.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na

enfermagem. Ver **Texto Contexto Enfermagem**, v.17 n.4, p.758-64, 2008.
Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71411240017/>

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Qualit in Health care**. 21(4): 279-84. 2002.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R.S. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).cap 1. p.13. 2013.

MOTHER, D. et al. The PRISMA Group. Preferred reporting items for sistematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. J Clin Epidemiol [Internet]. 2009 [acesso em 07 Dez 2017];62 (10):1006-12. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicinearticle?id=10.1371/journal.pmed.1000097>

MOURA, G.M.S.S.; MAGALHÃES, A.M.M. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Eventos Adversos relacionados a assistência em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).cap 6. p. 66. 2013.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Rev. Saúde Pública**, 34 (5): 547-59, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Desafio Global para Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde-Representação Brasil; Ministério da Saúde, 2007.

PAVÃO, A.L.B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev Bras Epidemiol** [Internet].2011 [acesso em 13 de dezembro de 2017];14(4):651-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/12.pdf>

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Delineamentos e abordagens de pesquisas quantitativas**. In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7º ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. cap.9 -10, p. 247-315, 2011.

Qmentum International Accreditation Program is a globally developed, locally tailored accreditation program with a focus on optimizing quality health care.2014

ROSA, M.B .**Programa Nacional de Segurança do paciente**; Falhas Humanas e tipos de abordagens.In: Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos/ Brasil. Belo Horizonte; p.2-3; 2014.

SONOBE, H. M. et al. O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 47. n. 4. p. 425-33. 2001.

SOUSA, M.Q.L.; CAMPOS, A.C.C.F.; RAMOS, R.E.B. Trabalho em equipe: a base da qualidade nas organizações. In: Anais XXIX Congresso Brasileiro de

Ensino de Engenharia [Internet], Porto Alegre, 2001. Disponível em: <http://www.pp.ufu.br/Cobenge2001/trabalhos/EQC003.pdf>. Acesso em: 03/12/2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev Einstein**, v.8, n.1, p.102-6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Cap.2., 19-27, 2013.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. Acesso em 20 jan 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of care: patienty safety- report by the secretariat. Geneva: WHO Document Production Services.2002.

ANEXOS

Anexo A - Lista de Verificação de Cirurgia Segura

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	PROGRAMAÇÃO PÓS OPERATÓRIA
☐ Confirmação sobre o paciente Identificação do Paciente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Consentimento informado realizado Sítio cirúrgico marcado no local correto? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐ Checagem do equipamento anestésico ☐ Oxímetro de Pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia conhecida? ☐ Não ☐ Sim _____ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? ☐ Não ☐ Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/Kg em crianças)? ☐ Não ☐ Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição Exames de imagem estão disponíveis? ☐ Sim ☐ Não se aplica Risco de TEV foi avaliado: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Não avaliado Profilaxia de TEV Fez uso de profilaxia farmacológica antes da cirurgia: ☐ Sim – Se sim que horas: _____ ☐ Não	☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões ☐ O cirurgião, o anestesista e enfermagem verbalmente confirmam Identificação do Paciente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Antecipação de eventos críticos: ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação especial em relação ao paciente? ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? O antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos? ☐ Sim, qual? _____ ☐ Não se aplica Exames de imagens estão disponíveis? ☐ Sim ☐ Não se aplica	O coordenador confirma verbalmente com a equipe: ☐ Cirurgia realizada foi a mesma proposta ☐ Houve realização de procedimento diferente _____ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta? ☐ Sim ☐ Não se aplica Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente? ☐ Sim ☐ Não se aplica Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐ Sim _____ ☐ Não se aplica O cirurgião, o anestesista e a enfermagem orientam verbalmente sobre os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente. Recomendações: _____ _____ _____ _____ Profilaxia Mecânica do TEV: ☐ Sim - Se sim _____ ☐ CPM* ☐ MECC* ☐ Não	Dieta: ☐ Jejum ☐ Dieta - Após _____ horas Posição no Leito: _____ Desambulação: Após às _____ horas ☐ Não prevista Profilaxia do TEV: ☐ Farmacológica - Será iniciada às _____ horas

Fonte: Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2014)

Anexo B - Referências da amostra do estudo

- AMAYA, M. R. et al. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**;19(2): 246-51, Apr-Jun, 2015.
- BEZERRA, W. R. et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Rev. eletrônica enferm**;17(4): 1-11, 2015.
- BÖHMER, A. B. et al. Long-term effects of a perioperative safety checklist from the viewpoint of personnel. **Acta Anaesthesiol Scand**; 57(2): 150-7, Feb., 2013.
- CROSSLEY, J. et al. Prospective observational study to evaluate NOTSS (Non-Technical Skills for Surgeons) for assessing trainees' non-technical performance in the operating theatre. **Br J Surg**; 98(7): 1010-20, Jul., 2011.
- MORAIS, A. C. et al. Teste piloto de checklist de cirurgia segura: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPI**; 6(1): 76-9, jan.-mar.2017.
- NILSSON, L. et al. Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. **Acta Anaesthesiol Scand**; 54(2): 176-82, Feb., 2010.
- O'BRIEN, B.; GRAHAM, M. M.; KELLY, S. M. Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. **J Nurs Manag**; 25(6): 468-76, Sep., 2017.
- PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaucha Enferm**;34(1): 71-8, Mar., 2013.
- PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência. **Rev. SOBECC**; 19(1): 26-33, jan.-mar., 2014.
- PRABHAKAR, H. et al. Introducing standardized "readbacks" to improve patient safety in surgery: a prospective survey in 92 providers at a public safety-net hospital. **BMC Surg**; 12:8, 19 Jun., 2012.
- RAURELL-TORREDÀ, M. et al. Case-based learning and simulation: useful tools to enhance nurses' education? Nonrandomized controlled trial. **J Nurs Scholarsh**; 47(1): 34-42, Jan., 2015.
- SCHNALL, R. et al. Patient safety issues in advanced practice nursing students' care settings. **J Nurs Care Qual**; 27(2): 132-8, Apr-Jun., 2012.
- SILVA, F. G. et al. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Rev. SOBECC**; 20(4):202-9, out.-dez., 2015.

STEELMAN, V. M.; GRALING, P. R.; PERKHOUNKOVA, Y. Priority patient safety issues identified by perioperative nurses. **AORN J**;97(4): 402-18, Apr., 2013.

SYKES, M. et al. Surgical team mapping: implications for staff allocation and coordination. **AORN J**;101(2): 238-48, Feb., 2015.

ZINGIRYAN, A. et al. Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes. **Am J Surg**; 214(2): 193-7, Aug., 2017.