

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

BRUNO RAFAEL PEREIRA DE MOURA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA LISTA DE
VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA**

PICOS – PIAUÍ

2018

BRUNO RAFAEL PEREIRA DE MOURA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA LISTA DE
VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvidio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof.(a) Dr^a. Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos.

PICOS – PIAUÍ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M929c Moura, Bruno Rafael Pereira de.
 Conhecimento de profissionais de saúde acerca da lista de
 verificação de cirurgia segura / Bruno Rafael Pereira de Moura.
 Picos – 2018.
 CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (47 f.)
 Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)
 – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2019.

 Orientador(A): Prof.(a) Dra. Sarah Nilkece Mesquita Araújo
 Nogueira Bastos.

 1. Segurança do Paciente. 2. Cirurgia-Checklist. 3.
 Enfermagem. I. Título.

CDD 617

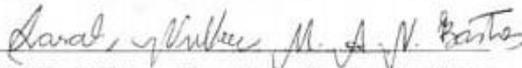
BRUNO RAFAEL PEREIRA DE MOURA

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA LISTA DE
VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvidio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 04/12/18

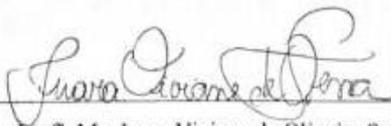
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª. Dra. Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos
Professora Adjunta I do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI - CSHNB
Presidente da Banca



Prof. Me. Eugênio Barbosa de Melo Júnior
Professor Assistencial do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI - CSHNB
2º. Examinador



Prof.ª. Me. Inara Viviane de Oliveira Sena
Professora Assistencial do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI - CSHNB
3º. Examinador

*Dedico esta, bem como todas as minhas conquistas, aos meus amados pais **Francisco e Zélia**, em especial a minha querida mãe que abdicou de seus sonhos para tornar possível o de seus filhos, as minhas irmãs Bruna e Beatriz por todo incentivo durante todo o decorrer do curso, e aos meus demais amigos e familiares que sempre se fizeram presente nessa longa jornada me incentivando e torcendo pelo o meu sucesso. O meu muito obrigado.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer e confiar. Agradeço a ele também por sempre se fazer presente nas orações de minha família, dando saúde e força aos meus queridos pais para me ajudar a superar as dificuldades.

Minha amada Mãe Zélia o que dizer a senhora? Meu exemplo de pessoa, de caráter, que nunca desistiu de lutar por todos os seus objetivos, muito obrigada por tudo que fizeste por mim durante toda a minha vida, por ser essa maravilhosa mãe, minha heroína que sempre me deu apoio, incentivando nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, onde durante todo o meu crescimento me mostrou a nunca desistir de meus sonhos. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias... Valeu à pena esperar, agora vamos começar a colher juntos os frutos do nosso empenho, esta vitória é nossa! A você minha eterna gratidão.

Ao meu Pai Francisco que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante. Meu muito obrigado.

As minhas queridas irmãs, Bruna e Beatriz, por sempre me incentivar e me apoiar em minhas decisões, que nos momentos de minha ausência dedicados ao meu estudo superior, sempre se fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Não posso deixar de agradecer a minha querida tia Maria da conceição, que sempre se fez presente em minha vida, e na vida da minha família. Minha gratidão a senhora.

A minha querida prima, confidente e terceira irmã Kaizzy por sempre me apoiar e me confortar nas horas difíceis, deixando os meus dias mais alegres e felizes. Passamos por muitas coisas juntos nessa longa jornada. O meu muito obrigado!

As minhas avós Dona Maria e Dona Raimunda (in memoriam) por sempre me ajudar durante toda a minha vida, financeiramente ou apenas com palavras de conforto. Minha eterna gratidão.

Aos meus demais familiares, tios, tias, primos e primas por todo apoio durante a minha vida acadêmica. O meu muito obrigado!

Agradeço a minha querida amiga Afra Cristina, por todos os momentos que passamos juntos durante a nossa vida acadêmica, fazendo dos meus dias mais alegres, me incentivando e me confortando nas horas de desespero. Certeza que levarei essa amizade para sempre. Minha gratidão a você.

A minha querida amiga e confidente Luanna Sarah, pessoinha do bem e de um coração enorme, que veio como um presente em minha vida agradeço por todos os momentos que passamos juntos, levarei sua amizade para o todo sempre. Minha gratidão a você.

Gratidão a você minha amiga Millena Caroline, por tudo que passamos juntos nesses mais de quatro anos, pessoa de um coração enorme, onde sempre se fez presente em minha vida, sempre disposta a me ajudar nas horas de desespero, levarei sua amizade para sempre. O meu muito obrigado!

Não posso deixar de agradecer a minha primeira amizade que fiz na UFPI, você Núbia, que durante todos esses anos a nossa amizade só se fortaleceu, os dias de regional se tornaram menos cansativos com a sua presença. O meu muito obrigado!

A minha amiga Ranna que sempre se fez disposta a ajudar o nosso grupo, transformando os dias de luta em dias de alegria com o seu jeitinho meigo de ser. Obrigada minha amiga, levarei sua amizade por todo o sempre!

A você minha amiga Raylane, minha gratidão por sempre me ajudar nas horas mais difíceis, alegrando os meus dias na UFPI e fora dela com o seu jeito alegre de ser, levarei sua amizade para sempre!

Não deixarei de agradecer a você minha amiga Wildeclênia por sempre ter me ajudado nos momentos difíceis, e por sempre me falar palavras de conforto, minha eterna gratidão! Sua vitória está mais próxima.

Aos meus demais amigos de turma Gesmiel e Iara, entre outros companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza. Gratidão a vocês!

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Agradeço imensamente a minha professora orientadora Sarah Nilkece, por ter me ajudado durante todo o processo de criação desse projeto, por ter me acolhido e ter me ajudado a melhorar como aluno, sem a senhora esse trabalho não teria se concretizado. Minha gratidão! Desejo todo sucesso na sua trajetória.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito obrigado. Desejo todo sucesso a vocês!

”Não importa o que aconteça, continue a nadar”.

(WALTERS, GRAHAM; 2003).

RESUMO

Introdução: Atualmente pode-se observar uma crescente preocupação de pesquisadores, gestores e profissionais da área da saúde com a Segurança do Paciente (SP), com o intuito de proporcionar redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde, que atuam em centro cirúrgico, acerca das etapas da lista de verificação de cirurgia segura (LVCS) em um Hospital Público. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital público de média complexidade, localizado na região Nordeste do Brasil, no período de agosto e setembro de 2018. A amostra foi composta por 81 profissionais de saúde que atuavam no centro cirúrgico. O instrumento de coleta de dados foi um formulário com variáveis sociodemográficas e profissionais com questões sobre percepção do profissional sobre a lista e acerca do conhecimento sobre as fases de *checkin*, *timeout* e *checkout* da lista. A frequência percentual de cada questão foi calculada e classificada em áreas de nível de conhecimento sobre a lista, como baixo, razoável e alto. A análise se deu por meio de estatísticas descritivas (média, desvio padrão) e inferencial (Teste Qui-quadrado, Testes de Mann Whitney e de Spearman). O projeto foi autorizado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o número de protocolo: 2.746.735. **Resultados:** Participaram do estudo 37(45,7%) técnicos de enfermagem, 14(17,3%) enfermeiros, 8(9,9%) anestesiólogos e 22(37,2%) cirurgiões. A categoria médica se associou a maiores médias de acertos nas fases de *checkin* (p-valor: 0,000) e *timeout* (p-valor: 0,049) e a equipe de enfermagem apresentou maior média de acertos na fase de *checkout* (p-valor: 0,000), apesar de não ter se observado associação estatisticamente significativa entre as categorias profissionais, quando se analisou a lista como um todo. O maior tempo de atuação profissional se relacionou com uma maior média do somatório de acertos das questões da LVSC pelos profissionais (p-valor: 0,041). **Conclusão:** O nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a lista de verificação foi considerado bom, pois verificou-se que a maior parte das respostas teve percentual superior a 75% de acertos. Os resultados deste estudo são relevantes para o desenvolvimento de práticas seguras na enfermagem, ressaltando-se a importância de uma mudança na cultura organizacional dos gestores e profissionais das diversas especialidades cirúrgicas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cirurgia. Checklist. Conhecimento. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: There is now a growing concern among researchers, managers and health professionals with Patient Safety (SP), in order to reduce the risk of unnecessary harm associated with health care. **Objective:** To evaluate the knowledge of health professionals, who work in a surgical center, about the steps of the checklist of safe surgery in a Public Hospital. **Method:** This is an exploratory, descriptive, quantitative approach developed in a public hospital of medium complexity, located in the Northeastern region of Brazil, in the period of August and September of 2018. The sample consisted of 81 health professionals who worked in the surgical center. The instrument of data collection was a form with sociodemographic and professional variables and with questions about the perception of the professional about the list and about the knowledge about the phases of *checkin*, *timeout* and *checkout* of the list. The percentage frequency of each question was calculated and classified in areas of knowledge level on the list, such as low, reasonable and high. The analysis was done by means of descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential (Chi-square test, Tests of Mann Whitney and Spearman). The project was authorized to the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, with protocol number: 2,746,735. **Results:** 37 (45.7%) nursing technicians, 14 (17.3%) nurses, 8 (9.9%) anesthesiologists and 22 (37.2%) surgeons participated in the study. The medical category was associated with larger (p-value: 0.000) and timeout (p-value: 0.049), and the nursing team presented a higher average of hits in the checkout phase (p-value: 0.000), although observed a statistically significant association between the professional categories, when the list was analyzed as a whole. The highest time of professional performance was related to a higher average of the sum of answers to questions of LVSC by professionals (p-value: 0.041). **Conclusion:** The level of health professionals' knowledge about the checklist was considered good, since it was verified that the majority of responses had a percentage greater than 75% of correct answers. The results of this study are relevant for the development of safe practices in nursing, emphasizing the importance of a change in the organizational culture of managers and professionals of the various surgical specialties.

Key words: Patient Safety. Surgery. Check list. Knowledge. Nursing.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde	26
Tabela 2	Percentual de acertos de questões acerca da fase de <i>Checkin</i> da LVCS por profissionais de saúde.....	27
Tabela 3	Percentual de acertos de questões acerca da fase de <i>Timeout</i> da LVSC por profissionais de saúde.....	28
Tabela 4	Percentual de acertos de questões acerca da fase de <i>Ckeckout</i> da LVSC por profissionais de saúde.....	29
Tabela 5	Relação entre as médias dos somatórios dos acertos de questões das fases da LVSC e categoria profissional.....	30
Tabela 6	Relação entre a média dos somatórios das respostas de percepção dos profissionais de saúde sobre a LVCS e categoria profissional.....	30
Gráfico 1	Relação entre a média do somatório de acertos de questões da LVSC de profissionais de saúde e a variável tempo de atuação profissional no serviço.....	31

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AMSP – Aliança Mundial de Segurança do Paciente

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CSSV – Cirurgia Seguras Salvam Vidas

DP – Desvio Padrão

EV – Evento Adverso

IOM – Institute of Medicine

LVCS – Lista de Verificação de Cirurgia Segura

MISP – Metas Internacionais de Segurança do Paciente

NSP – Núcleos de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

SAC – Segurança da Assistência Cirúrgica

SP – Segurança do Paciente

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	Segurança do Paciente: definições e aspectos gerais.....	16
3.2	A Segurança do Paciente Cirúrgico.....	18
4	METODOLOGIA.....	23
4.1	Tipo de Estudo.....	23
4.2	Local do Estudo.....	23
4.3	População e Amostra.....	23
4.4	Coleta de Dados.....	24
4.5	Tratamento e Análise dos Dados.....	25
4.6	Aspectos Éticos.....	26
4.7	Riscos e Benefícios.....	26
5	RESULTADOS.....	27
6	DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	APÊNDICES.....	41
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	42
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
	ANEXO.....	46
	ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA DA OMS.....	47

1 INTRODUÇÃO

Atualmente pode-se observar uma crescente preocupação de pesquisadores, gestores e profissionais da área da saúde com a Segurança do Paciente (SP), com o intuito de proporcionar redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde.

Visando alcançar as metas internacionais de SP, cada vez mais as instituições adotam iniciativas com o objetivo de estabelecer um clima de cultura de segurança organizacional. Os profissionais que desempenham suas funções na área cirúrgica devem se envolver especialmente nestas iniciativas, tendo em vista que o paciente de perfil cirúrgico demanda cuidados especializados durante todo período de hospitalização, principalmente por conta dos riscos inerentes ao ato cirúrgico aos quais estão expostos (REIS et al., 2016).

Atualmente, na área da saúde, há uma imensa busca pela qualidade e pela segurança, apoiada por políticas públicas. A SP é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, onde se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (ARAÚJO et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 234 milhões de grandes intervenções cirúrgicas são realizadas por ano no mundo. Isso equivale a cerca de uma cirurgia para cada 25 pessoas. Por isso, em 2004, a Assembléia da Saúde Mundial aprovou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP), que deflagrou a campanha “Desafio Global para a Segurança do Paciente”, cujo segundo desafio foi a Segurança da Assistência Cirúrgica (SAC), denominado ‘Cirurgias Seguras Salvam Vidas’ (CSSV), que pretende reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS (BRASIL, 2009).

Neste contexto, a OMS desenvolveu a Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) (*checklist*) com auxílio de colaboradores de diversos países, guiado por três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração do impacto, permitindo que equipes sigam de maneira eficiente as etapas críticas de segurança e, assim, minimizem os riscos evitáveis mais comuns, que colocam em risco as vidas e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos (ELIAS et al., 2015).

A LVCS deve ser aplicada em três momentos: Antes da Indução Anestésica, Antes da incisão cirúrgica e Antes do Paciente sair da Sala de Cirurgia, ou ainda *checkin*,

timeout e checkout, respectivamente têm sido obrigatório nos Estados Unidos, mas em muitos países, como o Brasil, é apenas sugerido (FILHO et al., 2013).

Não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada. Recomenda-se a realização de treinamentos com toda equipe para explanação dos objetivos do programa e sua importância para a segurança do paciente cirúrgico. Ainda, oportunizar a todos os profissionais expor dificuldades, dúvidas, divergências e sugestões com vistas a colaborar readequação da lista de verificação, se necessárias (SILVA e SILVA, 2017).

O objetivo da LVCS é assegurar que elementos-chave de segurança sejam incorporados dentro da rotina do centro cirúrgico, contemplando, assim, o preconizado pelas Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), cujo objetivo é reforçar práticas diárias que promovam melhor comunicação e trabalho entre as equipes, independentemente da característica do hospital que realize essa assistência (ELIAS et al., 2015).

Na avaliação de especialistas em SP, “os procedimentos cirúrgicos errados, em local errado, em paciente errado são eventos que nunca deveriam ocorrer”. Com os recursos e o conhecimento que hoje a área cirúrgica possui, torna-se inadmissível esse tipo de complicação, sugerindo que os erros humanos preveníveis são os mais incidentes (CORONA; PENICHE, 2015).

O presente estudo buscou responder o seguinte problema de investigação: Qual o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam em centro cirúrgico acerca das etapas da LVCS?

Partindo desse pressuposto, torna-se relevante o desenvolvimento desse estudo, pois possibilitará analisar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde que atuam em centro cirúrgico sobre as etapas da LVCS, pois já é comprovado que a instituição da lista nos procedimentos cirúrgicos reduz as taxas de mortalidade e complicações e assim poder elaborar políticas de educação permanente, bem como estratégias de adesão a lista. Desta forma, espera-se reduzir os incidentes e eventos adversos (EA) que são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, dano este que pode ser físico, social e psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte relacionada ao ato cirúrgico no local do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde, que atuam em centro cirúrgico, acerca das etapas da LVCS em um Hospital Público.

2.2 Específicos

- Verificar o perfil sócio-demográfico dos participantes do estudo;
- Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões e anestesiólogos, que atuam em centro cirúrgico, em relação às três etapas que compõem a LVCS, *checkin, timeout e checkout*;
- Comparar a variável dependente, conhecimento sobre a LVCS, entre as categorias profissionais (médica e de enfermagem);
- Comparar o conhecimento dos profissionais de saúde, em relação a cada fase da LVCS (*checkin, timeout e checkout*);
- Comparar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a LVCS e suas categorias profissionais;
- Relacionar o conhecimento sobre a LVCS de profissionais de saúde com o tempo de atuação profissional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Segurança do Paciente: definições e aspectos gerais

Segundo a OMS, SP é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento, ou outro tratamento (BRASIL, 2013a).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde objetiva contribuir para a qualificação do cuidado, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, públicos ou privados. Esta decisão foi fomentada pela prioridade dada à segurança do paciente firmada na agenda política dos estados-membros da OMS (BRASIL, 2013b).

As iniciativas voltadas para a SP foram impulsionadas a partir da publicação do relatório americano de Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) sobre erros do *Institute of Medicine* (IOM), relacionados com a assistência à saúde: “*To erro ishuman: building a saferhealth system*”, construindo assim um sistema de saúde mais seguro. O estudo, no qual 30.121 prontuários de internações foram analisados, identificou que em 3,7% ocorreram iatrogenias (6,5% disfunções permanentes e 13,6% mortes dos pacientes) e, ainda, que até 98 mil mortes por ano nos Estados Unidos poderiam ter sido evitadas devido a erros médicos. Esses resultados trouxeram um impacto e alerta às instituições sanitárias em relação à importância do evento adverso (EA), reforçando e incentivando estudos na prevenção do erro e segurança do paciente (SIMAN; CUNHA e BRITO, 2017; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Oliveira et al. (2018) trazem em seu estudo que a SP é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, além da Efetividade; Cuidado centrado no paciente; Oportunidade; Eficiência e Equidade. Estes atributos têm adquirido em todo o mundo grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, bem como influenciado diretamente em uma assistência de maior qualidade. Isto reflete no estabelecimento de estratégias para a segurança do paciente em todo o país, como a implantação de protocolos, *bundles* assistenciais, normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, bem como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança

do paciente, com ações monitoradas por indicadores e geridas por Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).

A regulamentação da instituição de NSP em serviços de saúde no Brasil se deu a partir da RDC 36/2013 da ANVISA, a fim de dar autoridade aos membros para executarem e fiscalizarem ações do Plano de Segurança do Paciente, bem como planejar ações que reduzam a incidência de EA e conseqüentemente para garantir cuidados livres de danos aos pacientes. O NSP é definido como a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013c).

Segundo Siman, Cunha e Brito (2017), nos últimos anos, as práticas dos profissionais de saúde têm sido marcadas por elevadas taxas de erro, denúncia de lesões provocadas em pacientes, falhas nos sistemas de atendimento hospitalar, danos permanentes e mortes. Práticas inadequadas, inseguras e negligentes afetam um a cada dez pacientes, em média, em países desenvolvidos. Os riscos de erro no ambiente hospitalar são ainda maiores. Parte disso é justificada por uma frágil cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde.

Conforme estudo de Andrade et al. (2018), uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos. No Brasil, não há ainda um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais e a elevada proporção de EA evitáveis reforçam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais.

Monteiro et al. (2014) concordaram que colocar a segurança dos pacientes no centro da assistência à saúde é considerado um grande desafio e requer trabalho em equipe e criação de um ambiente de confiança. Para estimular a criação desta cultura na área da saúde, acredita-se ser importante apresentar experiências direcionadas à formação multiprofissional sobre educação para a segurança do paciente. No contexto brasileiro, a responsabilidade pela segurança do paciente, muitas vezes, recai com maior intensidade sobre os profissionais do que sobre as instituições, visto que os mesmos devem adequar suas condutas a um sistema nem sempre eficiente. Apesar disso, pode-se considerar que esses profissionais são corresponsáveis por esse sistema, justamente por planejarem e conduzirem essas práticas questionáveis.

Carvalho e Santos (2017) revelaram que no atual ambiente organizacional da maioria das instituições de saúde, pelo menos seis grandes mudanças são requeridas para iniciar a jornada de segurança do paciente: 1. É necessário mudar a busca de erros como falha

individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema; 2. É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa; 3. Mudar do sigilo para a transparência; 4. O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente; 5. Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional; 6. A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base.

A Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) estabeleceu seis metas nacionais de SP, através das portarias GM/MS 1377/2013 e GM/MS 2.095/2013, abrangendo o cuidado ao paciente e que devem ser seguidas para garantir redução de danos à integridade física e psicológica do paciente, são elas: Meta 1: Identificação do paciente; Meta 2: Comunicação efetiva; Meta 3: Uso seguro de medicamentos; Meta 4: Cirurgia segura; Meta 5: Higiene das mãos; Meta 6: Reduzir quedas e lesão por pressão (BRASIL, 2013d).

3.2 A Segurança do Paciente Cirúrgico

A OMS tem reforçado campanhas para melhorar a segurança no cuidado ao paciente como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Para estabelecer os pilares de um ambiente de cuidado seguro e nortear as práticas de segurança do paciente no Mundo, a OMS tem lançado anualmente desafios globais, entre eles estão: Primeiro desafio de prevenção de infecções relacionadas com a assistência à saúde; o Segundo desafio foi direcionado a atenção para os fundamentos e praticas de segurança cirúrgica e o Terceiro desafio teve como tema “Uso Seguro de Medicamentos” (BRASIL, 2013a).

Em 2007, Riegel e Júnior revelaram que a cirurgia tornou-se parte integrante dos cuidados de saúde com uma estimativa de 234 milhões de procedimentos realizados anualmente no mundo, sendo que destes, em torno de 7 milhões de clientes sofreram complicações após a cirurgia, das quais, 50% delas poderiam ter sido evitadas. Cerca de 20 milhões de pessoas são submetidas a cirurgias anualmente nos Estados Unidos, no entanto, muitas vezes, realizadas em condições inseguras interferindo na promoção e na recuperação da saúde dos pacientes (RIEGEL; JUNIOR, 2007).

Estudo realizado por Paranaguá, Bezerra e Silva (2015), no contexto cirúrgico, em decorrência das 234 milhões de cirurgias realizadas anualmente em todo o mundo, estima-se que sete milhões de pacientes desenvolvem incidentes e um milhão vão ao óbito devido EAs. Na América Latina, os EAs cirúrgicos variam de 3,5% a 16,4%, sendo 65,8% considerados

evitáveis, segundo pesquisa nacional. Já *Bohomol e Tatarli (2017)* destacam que complicações cirúrgicas são subnotificadas. Nos países industrializados, as complicações importantes são relatadas em 3 a 16% dos procedimentos cirúrgicos, com frequência de incapacidade permanente ou morte entre 0,4 a 0,8%. Já nos países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade durante as cirurgias de grande porte varia entre 5 e 10%, e a mortalidade originada unicamente pela anestesia geral é relatada em uma frequência de uma em 150 pessoas na África subsaariana. As infecções e outras morbidades pós-operatórias também são uma grave preocupação em todo o mundo (MONTEIRO et al., 2014)

Nunes (2017) mostrou que o aumento exponencial dos casos de enfermidades que exigem tratamento cirúrgico acarretou alguns problemas em relação à SP e a responsabilidade das equipes de saúde, além da gestão em saúde. O estudo observou que grandes números de pacientes que davam entrada em hospitais apresentavam algum EA, não relacionado à sua doença de base, sendo que muitos desses eventos seriam potencialmente evitáveis. Logicamente que essa situação tem caráter multifatorial, envolvendo gestão de saúde, infraestrutura e sistematização do atendimento. O estudo de Romano e Oliveira (2017) concluiu que ao considerar a diversidade de cuidados que um paciente cirúrgico demanda várias abordagens de proteção devem ser utilizadas.

Após evidências de que o cuidado pode acarretar danos desnecessários ao paciente cirúrgico, é crescente o interesse das organizações de saúde em melhorar a segurança durante a provisão de cuidados. Nessa perspectiva, um dos elementos da AMSP é o projeto intitulado "CSSV", que é voltado para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, componentes essenciais do cuidado em saúde, e tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade nos serviços de saúde mundialmente e abrange a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e a criação de indicadores da assistência cirúrgica (BRASIL, 2009).

Segundo Ribeiro et al. (2017), no ambiente cirúrgico, o cuidado deve mudar do atual fragmentado modelo biomédico para um modelo de cuidados centrado no paciente, com a oportunidade de prestar cuidados com base em evidências. A SP, dimensão essencial da qualidade do cuidado em saúde, assume primordial importância em centro cirúrgico por se tratar de um ambiente técnico, de grande diferenciação e com uma estrutura específica que impacta em seus resultados. Nesse sentido, são necessários instrumentos e ações que proporcionem a promoção da segurança do paciente e dos profissionais envolvidos no ambiente cirúrgico.

A LVCS (checklist) é composta por três etapas, descritas como: Identificação

(antes da indução anestésica) ou *Checkin*, Confirmação (antes da incisão cirúrgica) ou *Time Out* e o Registro (antes do paciente sair da sala de operação) ou *Checkout* (BRASIL, 2009).

- *Antes da indução anestésica.* Nesse primeiro momento, para recepcionar o paciente no centro cirúrgico, devem estar presentes o enfermeiro e o anestesista. A presença do cirurgião não é essencial para a realização dessa etapa, considerando-se que o prontuário esteja devidamente preenchido. O procedimento anestésico se iniciará após a finalização dessa etapa. Segue a descrição das ações a serem desenvolvidas nessa etapa: Confirmar verbalmente com o paciente o nome completo. Caso o paciente esteja impossibilitado de responder, checar no prontuário ou ficha de identificação. - Confirmar o local da cirurgia e se o procedimento está correto, ou não se aplica. - Confirmar o consentimento para a cirurgia e a anestesia, se assinado pelo paciente ou responsável. - Verificar visualmente a marcação do sítio cirúrgico e sua demarcação, se está correta. - Instalar equipamentos para monitorar os sinais vitais do paciente. - Revisar juntamente com o anestesista, se há possibilidade de perda sanguínea >500mL/ (7mL/Kg em crianças). - Checar se o paciente possui alguma alergia conhecida. - Checar sobre a dificuldade das vias aéreas. - Administrar antibiótico profilático, caso solicitado pelo cirurgião.
- *Antes da incisão cirúrgica.* Para esse segundo momento toda a equipe deve estar presente na sala cirúrgica. Nessa etapa, pode ser sinalizada a antecipação de eventos críticos e será feito o repasse da revisão por parte do cirurgião, do anestesista e do enfermeiro, em relação a possíveis preocupações relacionadas com o instrumental, os equipamentos, a reserva de sangue, material. O cirurgião e o anestesista podem declarar possíveis eventos como perdas sanguíneas, assim como alguma patologia de base que possa vir a ser um complicador para o procedimento ou no período pós-operatório. O procedimento cirúrgico começará após confirmação da presença de todos os profissionais na sala operatória. Segue a descrição das ações a serem desenvolvidas nessa etapa: - Confirmar a presença dos profissionais na sala operatória. - Confirmar o nome do paciente, o procedimento e o local da cirurgia. - Confirmar a disponibilidade dos exames necessários. - Confirmar se os indicadores de esterilização do instrumental estão adequados. - Repassar horário do antibiótico profilático. - Checar com o instrumentador ou assistente, a quantidade de agulhas, gazes e compressas, antes de realizar a incisão cirúrgica.
- *Antes da saída do paciente da sala operatória.* Pode ser iniciado pela enfermagem ou outro profissional, e finalizado antes do cirurgião e paciente sair da sala. O objetivo

deste momento é de revisão sobre a cirurgia e cuidados pós-operatórios, para transferência do paciente para a sala de recuperação anestésica, enfermaria ou unidade de terapia intensiva, de forma eficiente e com as informações críticas adequadamente repassadas. Segue a descrição das ações a serem desenvolvidas nessa etapa: - Confirmar com o cirurgião o nome do procedimento. - Checar a contagem de agulhas, compressas, gazes e instrumental. - Confirmar novo exame de amostra a ser encaminhada para laboratório. - Descrever algum problema de funcionamento relativo ao equipamento. - Revisar com o cirurgião, a enfermagem e o anestesista, o plano de cuidados do pós-operatório do paciente. Ao final dessa etapa considera-se que o “checklist” está completo e o documento pode ser anexado ao prontuário do paciente, ou pode ser instrumento de avaliação da qualidade do serviço.

Alpendre et al. (2017) revelaram que estudos brasileiros realizados em hospitais da região Nordeste, Sul e Sudeste avaliaram a adesão a LVCS, obtendo como resultados 91,5%, 60,8% e 89,85%, respectivamente. A relação entre o uso da lista de verificação e a redução de complicações e mortalidade cirúrgica retrata a importância do uso desta ferramenta no ambiente cirúrgico, bem como a estruturação de políticas e de estratégias para mudanças comportamentais de profissionais de saúde. Há, contudo, lacunas para o uso da lista nos períodos pré e pós-operatório, nas unidades de internação cirúrgica, onde a verificação de itens de segurança e aplicação de ações preventivas também é fundamental.

Estudo de Souza e Ribeiro (2017) revelaram que os índices de EA relacionados a circunstâncias cirúrgicas são consideráveis e a lista de verificação pode diminuir as ocorrências. No entanto, a adesão ao protocolo ainda é baixa, mostrando que para haver a implantação da cirurgia segura, mudanças no ambiente de trabalho e na execução das práticas assistenciais são necessárias e requer processo educativo que favoreça a adesão dos profissionais, e as tecnologias educativas podem ser empregadas no treinamento dos trabalhadores da saúde.

A LVCS foi proposta para ser empregada em qualquer hospital, independentemente do seu grau de complexidade, cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança. O uso dessa ferramenta visa melhorar a assistência cirúrgica no mundo, por meio de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países (BRASIL, 2013a).

Já é comprovado que a instituição da lista nos procedimentos cirúrgicos reduz as taxas de mortalidade e de complicações, aumenta a adesão à antibioticoprofilaxia e reduz o número de erros por falha de comunicação da equipe. Freitas et al (2014) traz em sua pesquisa

que estudos realizados em nações desenvolvidas, como Espanha (nove hospitais públicos), Inglaterra (uma instituição) e França (18 centros hospitalares), avaliaram a adesão a lista de verificação, obtendo como resultados 83,3%, 96,9% e 90,2%, respectivamente. O estudo espanhol relacionou a adesão a lista às variáveis tamanho do hospital, tipo de anestesia, turno da cirurgia, sexo e idade do paciente, encontrando maior porcentagem de itens preenchidos nas cirurgias realizadas em hospitais de pequeno e médio porte; nas cirurgias com anestesia local, o percentual encontrado foi menor.

A utilização da LVCS propicia uma oportunidade de uma comunicação eficaz, permitindo aos membros da equipe cirúrgica partilhar expectativas e informações claras e corretas reduzindo as ameaças e complicações (PANCIERI et al., 2013).

Mafra e Rodrigues (2018) revelaram em seu estudo que foi possível averiguar que 70% dos artigos selecionados pro estudo versavam que a LVCS foi associada à redução de complicações, algumas em situações inesperadas, observando-se redução real de EA ou quase acidentes. A presença de eventos compromete a segurança e faz com que tenham resultados ruins na assistência cirúrgica. A lista de verificação envolve a equipe, ajudando a melhorar os resultados, permitindo uma maior preparação, antecipação e interceptando danos indesejáveis ao paciente cirúrgico. A falha na comunicação foi apontada como principal fator contributivo para incidente que resulta em dano ao paciente em razão da grande quantidade de informações. Com a implantação e utilização da lista de verificação, fica claro o benefício da discussão de incidentes com a mudança da cultura da segurança, fazendo com que as chances de riscos críticos diminuam. Ressaltando-se que a lista de verificação de segurança cirúrgica proporcionou uma melhor identificação do paciente, aumentando o conhecimento a respeito do procedimento a ser realizado por todos os membros da equipe operatória.

Verificou-se ainda que a aplicação da lista de verificação tem sido conduzida na sua maioria pela equipe de enfermagem, sem participação efetiva dos demais membros. Sendo que este papel de condutor possui grande importância no seu preenchimento completo. Um dos pilares fundamentais da proposta da lista para a mitigação dos EAs se refere especificamente a melhoria da comunicação entre a equipe multiprofissional, (OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2017a).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2017).

Segundo Gil (2017), as pesquisas descritivas com abordagem quantitativa têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Caracterizando-se pela formulação de hipóteses, definições operacionais de variáveis, quantificação nas modalidades de coleta de dados, de informações, e utilização de tratamentos estatísticos.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido no centro cirúrgico de um Hospital de média complexidade, localizado na região Nordeste do Brasil. O Hospital faz atendimento de urgência e emergência e possui um total de 113 leitos e está organizado nos seguintes setores: Ala A – Obstetrícia; Ala B – Clínica Médica; Ala C – Clínica Cirúrgica; Ala D – Pediatria; Acolhimento Geral – Adulto; Pronto Socorro Adulto; Pronto Atendimento Obstétrico e Pediátrico; Sala de Vacina; Centro Cirúrgico; UTI Adulto; Sala de estabilização, Vigilância Epidemiológica e Coordenação e Supervisão de enfermagem. O mesmo hospital já realizou uma quantidade de 4.699 internações entre janeiro a outubro de 2018 (DATA/SUS 2018).

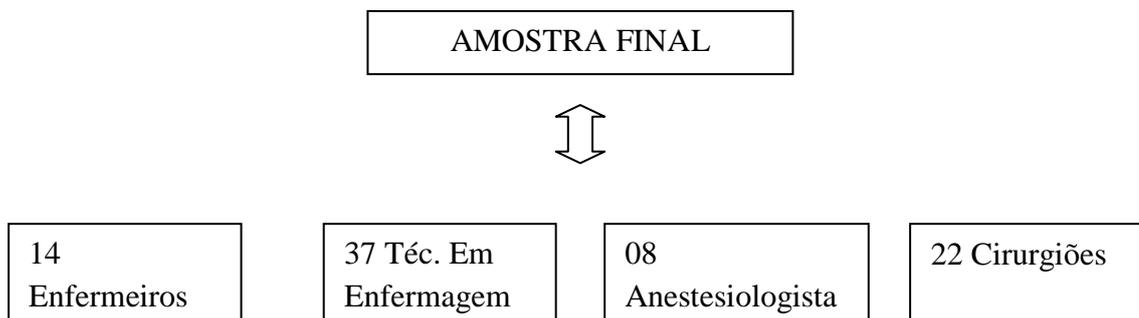
4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por todos os enfermeiros, técnicos de enfermagem, anesthesiologistas e cirurgiões, que atuam no centro cirúrgico do referido Hospital. A amostragem foi probabilística censitária, em que todos os indivíduos da população são contemplados.

Segundo Malhotra (2002), a pesquisa censitária visa à obtenção de informações que se relacionam a fatos concretos. São realizadas mediante elaboração de um questionário que contém perguntas sobre as informações que se deseja obter, sendo que depois de coletadas, as informações são sistematizadas.

Desta forma, definiu-se como amostra o quantitativo total dos profissionais de enfermagem que compõem o centro cirúrgico do referido hospital, sendo 12 enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem, que trabalham em regime de plantão de 24 horas, 30 anestesiológicas e 40 cirurgiões, totalizando 118 participantes. Os critérios de inclusão dos profissionais na amostra foram: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, anestesiológica ou cirurgião, que atue no centro cirúrgico do referido hospital, com vínculo empregatício há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estiverem afastados por férias, atestados médicos ou licenças.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, aceitaram participar deste estudo uma amostra de 81 profissionais, sendo:



4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2018 no centro cirúrgico do referido hospital. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados formado por três partes. A primeira relativa composta por dados sociodemográficos e profissionais dos participantes, como sexo, idade, estado civil, renda mensal, formação escolar (pública ou privada) e profissional, tempo de atuação no serviço e tempo de atuação no centro cirúrgico. A segunda parte do formulário corresponde a questões relativas ao conhecimento (entendimento/percepção) do profissional sobre a LVCS e a terceira parte com questões acerca do conhecimento sobre as fases da LVCS, *checkin*, *timeout* e *checkout* (APENDICE A).

A LVCS é composta por três etapas, descritas como: *Checkin* ou Identificação (antes da indução anestésica), *Timeout* ou Confirmação (antes da incisão cirúrgica) e o *Checkout* ou Registro (antes do paciente sair da sala de operação) (FILHO et al., 2013).

Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho de maneira privativa, inicialmente instruídos sobre o conteúdo deste estudo e responderam de maneira anônima o formulário, após preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), (APENDICE B). Foram considerados válidos os instrumentos cujos itens forem respondidos na íntegra.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel*, processamento dos dados e a análise estatística foram realizados no programa SPSS®, versão 18.0 para Windows®.

Considerou-se conhecimento, neste estudo, o somatório das médias dos acertos das questões. Em relação aos percentuais de acertos, o conhecimento sobre a LVCS foi avaliado, conforme o percentual de respostas corretas na terceira etapa do formulário, da seguinte forma: Menor ou igual a 50% de acertos: baixo nível de conhecimento; 51% a 75% de acertos: razoável nível de conhecimento; maior que 75% de acertos: bom nível de conhecimento. Foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando valores de frequência, média, desvio padrão (DP), bem como análise inferencial.

A fim de avaliar possíveis correlações entre categorias profissionais, convencionou-se, neste estudo, recategorizar a variável profissão em dois estratos, sendo: equipe de enfermagem, correspondente a enfermeiros e técnicos de enfermagem e equipe médica, correspondente a anestesiólogos e cirurgiões. Será considerado conhecimento, neste estudo, a média dos somatórios dos acertos da LVCS.

Na análise de cada fase da LVCS aplicou-se a estatística inferencial, através do teste de Qui-quadrado, para a avaliação de diferenças significativamente estatísticas em cada questão das fases da LVCS do conhecimento entre as categorias profissionais. Utilizou-se o mesmo teste para avaliar diferenças entre a média dos somatórios das respostas de percepção dos profissionais de saúde sobre a LVCS e categoria profissional.

Para avaliar associações entre a relação entre conhecimento e categorias profissionais, dentro de cada fase da LVCS, realizou-se a estatística inferencial definida após análise da normalidade das variáveis pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. Em seguida realizou-se o Teste não-paramétrico Mann Whitney.

Por fim, para se analisar a correlação entre conhecimento e tempo de atuação profissional no serviço utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman, apresentado a partir de um gráfico de dispersão. Considerou-se para todos os testes um valor de $p < 0,05$ e índice de confiança de 95%

4.6 Aspectos éticos

Atendendo aos aspectos éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012f). Foi elaborado um TCLE, com o intuito de preservar a privacidade e confidencialidade dos participantes (APÊNDICE B).

O projeto foi encaminhado tanto para a direção do referido hospital para autorização, como ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI) para apreciação, que foi aprovado com o seguinte numero de protocolo: 2.746.735. Somente após a obtenção de parecer favorável é que se iniciou a coleta de dados. Foi assegurado aos participantes o anonimato e todos os princípios bioéticos regidos pela Resolução n° 466/12, bem como o comprometimento de comunicar à instituição os resultados do estudo, após a conclusão deste trabalho.

4.7 Riscos e benefícios

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos ao participante, como a privacidade violada, constrangimento com alguma pergunta, dados perdidos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio comprometendo o indivíduo ou coletividade.

Sabendo desses riscos e na tentativa de amenizá-los, os participantes do estudo tiveram completo sigilo das informações preenchidas, tendo total liberdade para responder ao questionário em um local reservado, com a presença do pesquisador. O participante foi instruído ainda que poderia desistir a qualquer momento da pesquisa e que não teria custos para o mesmo.

O estudo pretendeu ampliar o conhecimento científico sobre segurança do paciente cirúrgico e servirá de subsídio para a confecção de protocolos e rotinas institucionais.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 81 profissionais de saúde, sendo 37(45,7%) técnicos de enfermagem, 14(17,3%) enfermeiros, 8(9,9%) anestesiólogos e 22(37,2%) cirurgiões. Destes, 51(63,0%) eram do sexo feminino e a idade média foi de 37,9(±9,4) anos, solteiros (32;66,7%) e com renda média de 4,3(±3,3) salários mínimos. Formação profissional em sua maioria em ensino privado 66(81,5%) e a maior parte com ensino médio apenas 34(40,7%), com média de tempo de atuação profissional de 10,9(±8,6) anos e uma média de tempo de atuação profissional no serviço de 7,4(±8,0) anos. (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde (n=81). Picos, PI, Brasil, 2018.

Características		N	%	\bar{x} (±DP)**
Sexo	Feminino	51	63,0	
	Masculino	30	37,0	
Idade*				37,9±9,4
Estado Civil	Solteiro	32	66,7	
	Casado	11	22,9	
	Divorciado	05	10,4	
Renda†				4,3±3,3
Profissão	Técnico em enfermagem	37	45,7	
	Enfermeiro	14	17,3	
	Anestesiologista	08	9,9	
	Cirurgião	22	27,2	
Formação escolar	Ensino privado	66	81,5	
	Ensino público	15	18,5	
Maior formação profissional	Ensino técnico	34	40,7	
	Graduação	21	25,9	
	Especialização	23	28,4	
	Mestrado	03	3,7	
	Doutorado	-	-	
Tempo de atuação profissional				10,9±8,6
Tempo de atuação profissional no serviço				7,4±8,0

Legenda: ** \bar{x} = média; DP= desvio-padrão;. Intervalo de confiança (IC):95%;†Valor do salário mínimo (SM): R\$ 954,00,ano vigente:2018, Brasil.

Nas questões acerca da fase *Checkin*, a maior parte das respostas teve percentual superior a 75% de acertos em todas as categorias, exceto no item 7, em que os técnicos de enfermagem atingiram um percentual de 73,0%(27) de acertos e nos itens 4 e 8, em que enfermeiros apresentaram 64,3% (9) de acertos, em cada (Tabela 2).

Ao comparar os itens que compõem a fase *Checkin* da LVSC com o número de acertos entre equipe de enfermagem e equipe médica observou-se diferença

estatisticamente significativa entre categorias médica e de enfermagem nas questões acerca da confirmação da demarcação cirúrgica (p-valor 0,039), risco de perda sanguínea (p-valor 0,006) e verificação do equipamento de anestesia (p-valor 0,015).

Tabela 2 – Percentual de acertos de questões acerca da fase de *Checkin* da LVCS por profissionais de saúde. Picos, PI, Brasil, 2018.

Questões	Equipe de Enfermagem		Equipe Médica		p-valor
	Técnico em enfermagem	Enfermeiro	Anestesiologista	Cirurgião	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
1. A primeira etapa da LVCS deve ser aplicada com o paciente já anestesiado?	33(89,0)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	0,116 ¹
2. Em qual momento da LVCS ocorre a assinatura do termo de consentimento cirúrgico?	37(100,0)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	-
3. A confirmação do oxímetro de pulso se dá em qual fase da LVCS?	33(89,0)	13(92,9)	8(100,0)	22(100,0)	0,444 ¹
4. Confirmar se órgão foi demarcado ocorre em qual fase da LVCS?	32(86,5)	9(64,3)	8(100,0)	21(95,5)	0,039¹
5. Verificação se o cliente possui alergias ocorre em qual fase da LVCS?	32(86,5)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	0,077 ¹
6. Análise dos riscos quanto à via aérea do paciente ocorre em qual fase da LVCS?	31(83,3)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	0,051 ¹
7. Análise dos riscos de perda sanguínea ocorre em qual fase da LVCS?	27(73,0)	13(92,9)	8(100,0)	22(100,0)	0,006¹
8. Verificação o equipamento de anestesia se dá qual fase da LVCS?	33(89,2)	9(64,3)	8(100,0)	22(100,0)	0,015¹
Total	37(100,0)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	

Legenda:¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recategorização da variável categoria profissional em equipe de enfermagem e equipe médica. Será considerado neste estudo: Menor ou igual a 50% de acertos: baixo nível de conhecimento; 51% a 75% de acertos: razoável nível de conhecimento; maior que 75% de acertos: bom nível de conhecimento.

Nas questões sobre a fase *Timeout*, a maior parte das respostas teve percentual superior a 75% de acertos em todas as categorias, exceto no item 9 e 12 em que os enfermeiros atingiram um percentual de 64,3%(9) acertos, em cada; no item 13, em que os

enfermeiros atingiram um percentual de 57,1%(8) acertos, e no item 11 em que os anesthesiologistas apresentaram um percentual de 62,5% (5) de acertos (Tabela 3).

Na tabela 3, ao comparar os itens que compõe a fase *Timeout* da LVSC com o número de acertos entre categorias de profissão, não se observou diferença estatisticamente significativa entre categorias médica e de enfermagem nas questões acerca da fase *Timeout* da LVCS.

Tabela 3 – Percentual de acertos de questões acerca da fase de *Timeout* da LVSC por profissionais de saúde. Picos, PI, Brasil, 2018.

Questões	Equipe de Enfermagem		Equipe Médica		p-valor
	Técnico em enfermagem	Enfermeiro	Anestesiologista	Cirurgião	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
9. Verificar se a profilaxia antimicrobiana foi administrada se dá em qual fase da LVCS?	30(81,1)	9(64,3)	7(87,5)	17(77,3)	0,712 ¹
10. Confirmação dos nomes e funções dos membros da equipe se dá em qual fase da LVCS?	36(97,3)	11(78,6)	8(100,0)	22(100,0)	0,116 ¹
11. Verificar se exames de imagem essenciais estão visíveis se dá em qual fase da LVCS?	35(94,6)	14(100,0)	5(62,5)	19(86,4)	0,119 ¹
12. Confirmar com a equipe o nome do cliente, o procedimento e o local da incisão se dá em qual fase da LVCS?	32(86,5)	9(64,3)	8(100,0)	19(86,4)	0,255 ¹
13. A revisão da equipe em relação aos passos críticos da cirurgia e equipamentos ocorre em qual fase da LVCS?	34(91,9)	8(57,1)	8(100,0)	21(95,5)	0,059 ¹
Total	37(100,0)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	

Legenda:¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recategorização da variável categoria profissional em equipe de enfermagem e equipe médica. Será considerado neste estudo: Menor ou igual a 50% de acertos: baixo nível de conhecimento; 51% a 75% de acertos: razoável nível de conhecimento; maior que 75% de acertos: bom nível de conhecimento.

Nas questões relativas à fase *Checkout*, a maior parte das respostas teve percentual superior a 75% de acertos em todas as categorias profissionais, exceto no item 15 em que os técnicos de enfermagem apresentaram um percentual de 59,5% (22) acertos e no mesmo item em que os enfermeiros atingiram uma porcentagem de 57,1% (8) acertos (Tabela 4).

Ao comparar os itens que compõe a fase *checkout* da LVSC com o número de acertos entre categorias profissionais observou-se diferença estatisticamente significativa entre categorias médica e de enfermagem na questão acerca do levantamento das informações das principais preocupações sobre o cliente com a equipe (p-valor 0,000).

Tabela 4 – Percentual de acertos de questões acerca da fase de *Ckeckout* da LVSC por profissionais de saúde. Picos, PI, Brasil, 2018.

Questões	Profissionais				p-valor
	Técnico em enfermagem	Enfermeiro	Anestesiologista	Cirurgião	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
14. A contagem de instrumentais, compressas e corto- perfurantes e a rotulagem dos produtos biológicos, pertence a qual momento da LVCS?	29(78,4)	14(100,0)	7(87,5)	19(86,4)	0,773 ¹
15. Levantamento das informações relevantes a transmitir a equipe, sobre as principais preocupações e necessidades do cliente se dá em qual fase da LVCS?	22(59,5)	8(57,1)	8(100,0)	22(100,0)	0,000¹
Total	37(100,0)	14(100,0)	8(100,0)	22(100,0)	

Legenda:¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%; Teste realizado, considerando a recategorização da variável categoria profissional em equipe de enfermagem e equipe médica. Será considerado neste estudo: Menor ou igual a 50% de acertos: baixo nível de conhecimento; 51% a 75% de acertos: razoável nível de conhecimento; maior que 75% de acertos: bom nível de conhecimento.

Ao comparar as médias dos somatórios dos acertos de questões das fases da LVSC com a categoria profissional, observou-se que a equipe médica se associou a maiores médias de acertos nas fases de *checkin* (p-valor 0,000) e *timeout* (p-valor 0,049). E a equipe de enfermagem apresentou maior média na fase de *checkout* (p-valor 0,000). No entanto, quando se relacionou a média dos somatórios dos acertos de todas as fases não se observou associação estatisticamente significativa entre as categorias, apesar de a equipe médica ter apresentado maior média de acertos (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação entre as médias dos somatórios dos acertos de questões das fases da LVCS e categoria profissional. Picos, PI, Brasil, 2018.

Média dos Somatórios dos Acertos	Categoria profissional		p-valor
	Equipe de enfermagem $\bar{x} (\pm DP)^*$	Equipe médica $\bar{x} (\pm DP)$	
Fase Checkin da LVCS	7,0 (0,9)	7,7 (0,4)	0,000 ¹
Fase Timeout da LVCS	4,3 (0,5)	4,5 (0,7)	0,049 ¹
Fase Checkout da LVCS	1,4 (0,7)	0,9 (0,1)	0,000 ¹
Total de todas as fases da LVCS	13,7 (1,6)	14,2 (0,9)	0,191 ¹

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão; ¹Teste de Mann-Whitney; p-valor<0,05 IC:95%.

Ao comparar as médias dos somatórios das respostas de percepção dos profissionais de saúde sobre a LVCS e categoria profissional, não se observou diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais (Tabela 6).

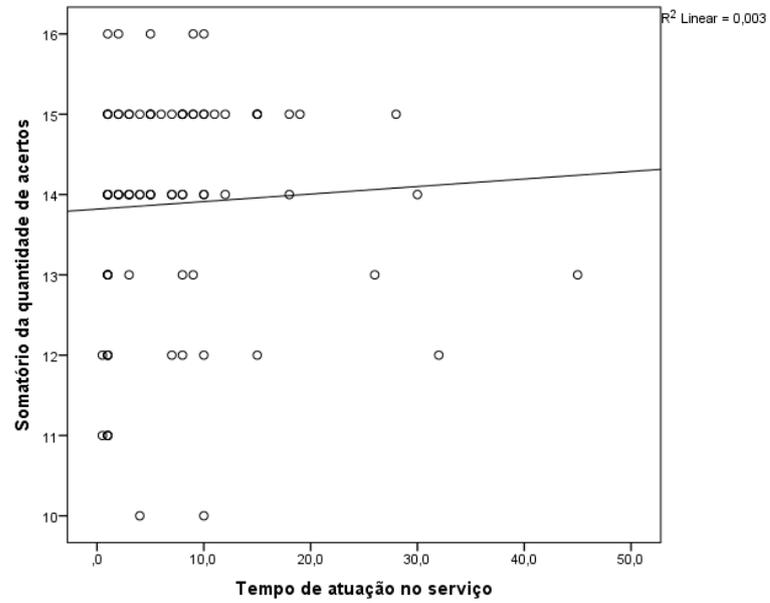
Tabela 6 – Relação entre a média dos somatórios das respostas de percepção dos profissionais de saúde sobre a LVCS e categoria profissional. Picos, PI, Brasil, 2018.

Questões	Categoria profissional				p-valor
	Equipe de enfermagem		Equipe médica		
	SIM $\bar{x} (\pm DP)$	NÃO * $\bar{x} (\pm DP)$	SIM $\bar{x} (\pm DP)$	NÃO * $\bar{x} (\pm DP)$	
Você conhece o projeto “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e a LVCS?	13,8 (1,5)	13,2(1,8)	14,3 (0,80)	12,0 (0,00)	0,164 ¹
Você acredita que a LVCS previne erros durante a cirurgia?	13,6 (1,6)	14,5 (0,7)	13,8 (1,4)	14,5 (0,7)	0,272 ¹
A LVCSdeveria ser obrigatória neste hospital?	13,7 (1,5)	0,0 (0,0)	13,8(1,4)	0,0 (0,0)	-
Você já usou a LVCS na sua prática no centro cirúrgico?	13,7 (1,5)	13,4 (1,9)	14,3 (0,8)	12,6 (1,1)	0,350 ¹
Total	37(100,0)		14(100,0)		

Legenda: * \bar{x} = média; DP= desvio-padrão; ¹Teste Qui-quadrado; p-valor<0,05 IC:95%.

No gráfico de dispersão abaixo (Gráfico 1), a correlação de *Pearson* entre a média do somatório dos acertos de questões da LVSC e tempo de atuação profissional no serviço indicou uma relação positiva entre as variáveis, ou seja, o maior tempo de atuação profissional se relacionou com uma maior média do somatório de acertos das questões da LVSC (coeficiente de correlação: +0,227; p-valor: 0,041).

Gráfico 1 – Relação entre a média do somatório de acertos de questões da LVSC de profissionais de saúde e a variável tempo de atuação profissional no serviço. Picos, PI, Brasil, 2018.



Legenda: Teste de Spearman; p-valor<0,05 e IC:95%

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo trazem dados sobre o conhecimento dos profissionais acerca das etapas da LVCS, proposta pela OMS, assunto até então pouco explorado na literatura científica em geral. Assim, permitiu-se identificar problemas na utilização efetiva da lista durante procedimentos cirúrgicos, informações úteis para viabilizar a incorporação dessa tecnologia, a fim de alcançar bons resultados em SP almejados pela campanha *Cirurgias Seguras Salvam Vidas*.

Observou-se uma boa aceitação dos profissionais com o estudo e a resposta integral de todos os itens do instrumento, o que demonstra adesão da equipe à temática e bons níveis de verificação de aspectos importantes para a SP. O mesmo foi observado em estudo de Elias et al. (2015), que diziam que o uso do *checklist* teve bom desempenho no seu preenchimento.

Na análise do conhecimento dos profissionais de saúde acerca da fase *Checkin* da lista, evidenciou-se bons níveis de acertos de itens importantes da lista como é o caso da “identificação e consentimento do paciente” (item 2), em que os todos os profissionais obtiveram percentual máximo de acertos. Outros itens que também foram observados maior percentual de acertos foram justamente aqueles diretamente relacionados com o risco de morte do paciente, tais como “alergias” (item 5) e “via aérea difícil” (item 6). Estudo de Mafra e Rodrigues (2018) apontam que os itens interpretados como mais importantes ou de maior risco ao paciente tendem a ter melhor adesão pelo profissional responsável pela sua verificação.

Observou-se que na fase de *checkin* os maiores níveis de acertos se concentraram na categoria médica e os menores percentuais relacionaram-se à equipe de enfermagem, em especial aos enfermeiros. Essas diferenças entre as categorias profissionais foram estatisticamente significativas nas questões acerca da confirmação da demarcação cirúrgica, risco de perda sanguínea e verificação do equipamento de anestesia.

Estudo de Freitas et al. (2014) demonstrou que o desconhecimento e o não preenchimento desses itens pode ser objeto prioritário de investigação para intervenções oportunas. Quanto à demarcação do sítio cirúrgico, sua importância se evidencia pela notificação de um em cinquenta a cem mil procedimentos em local errado nos Estados Unidos, equivalente a 1.500 a 2.500 incidentes por ano.

No Brasil, não existe sistema de notificação explícito que forneça dados para comparações. No que tange à verificação de segurança anestésica, falha na sua avaliação pode

resultar em maiores índices de mortalidade, atingindo, em algumas regiões do mundo, taxas de até uma morte em 150 pacientes que recebem anestesia geral. As complicações anestésicas estão entre as principais causas de mortalidade antes e durante a cirurgia, a maioria dos erros (65%) ocorrem na indução anestésica (ALMEIDA; RODRIGUES, 2018).

Alguns dos erros podem ser explicados devido à falta de incentivo e de capacitação em relação a passos críticos que devem ser elencados antes e durante procedimentos cirúrgicos (PANCIERI, et al., 2013).

Sobre a fase *Timeout* da LVCS, observou-se uma maior homogeneidade nas respostas dos profissionais, não havendo diferenças estatísticas importantes entre as categorias. No entanto, observa-se um percentual menor de acertos ainda por parte dos enfermeiros em praticamente todos os itens que compõem essa fase. Este achado pode ser justificado pela demanda de trabalho do enfermeiro em aspectos burocráticos e organizacionais do centro cirúrgico, o que muitas vezes o afasta do ato cirúrgico e das normativas de SP que envolvem os procedimentos. Diferentemente de técnicos em enfermagem e médicos, que estão diretamente engajados neste processo (RIBEIRO, et al., 2017).

Elias et al. (2015) evidenciaram que após capacitação oferecida à equipe de enfermagem sobre a importância do *checklist* seguro houve diminuição da ocorrência de instrumentos em branco, porém observou-se, também, um número relevante de instrumentos incompletos. Portanto, não basta que a instituição imponha protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta e compreendam a importância que passam despercebidos aos causadores de riscos. Incrementar a aderência às melhores práticas, realizar *feedback* e o monitoramento contínuo são essenciais para a eficiência e a eficácia de um cuidado amplo e seguro.

Na fase de *Ckeckout* da LVSC, observou-se um menor percentual de acertos também por parte dos profissionais de enfermagem, sendo que se evidenciou diferença estatisticamente significativa com a categoria médica na questão acerca do levantamento das informações das principais preocupações sobre o cliente com a equipe.

Cada fase da LVCS deve ser utilizada como uma oportunidade de verificar que as etapas críticas de segurança estão sistematicamente concluídas, cada local é incentivado a reordenar, reformatar, ou rever a lista de verificação para integrá-la nas práticas locais, assegurando a conclusão dos passos críticos de segurança de uma maneira eficiente. Eventos que apresentam um risco específico para o doente durante o recobro e que podem não ser evidentes para todos os envolvidos são especialmente pertinentes (BRASIL, 2009).

Analisando as fases da LVCS isoladamente, observou-se neste estudo que o conhecimento da equipe de enfermagem foi inferior ao da equipe médica. No entanto, ao se avaliar a LVCS como um todo essa diferença de conhecimento entre as categorias profissionais não foi estatisticamente significativa, o que demonstra uma homogeneidade de conhecimento sobre instrumento no grupo avaliado.

Os achados deste estudo foram contrários ao que apresentou Monteiro e Silva (2013), em que a equipe de enfermagem apresentou maior êxito no preenchimento de todos os itens da LVCS em comparação à equipe médica. O autor justificou pelo fato de a equipe de enfermagem utilizar mais o instrumento, por ser responsável pela aplicação da lista, embora seja possível que outro profissional assumisse esse papel. Além disso, a Enfermagem apresenta como ponto facilitador a sua condição de transitar em todas as etapas no cuidado ao paciente durante o perioperatório e de vivenciar a realidade burocrática e prática da organização. Apesar disso, é necessário que esse profissional tenha conhecimento e esteja treinado para a utilização da lista. Deve estar apto a interromper qualquer das etapas, caso julgue necessário, ou dar prosseguimento para a próxima fase. No caso de ocorrer qualquer tipo de violação na checagem, o processo será perdido na sua totalidade. A observação dos detalhes é de extrema importância.

Monteiro e Silva (2013) avaliaram a opinião de 39 profissionais de uma equipe cirúrgica da cidade de São Paulo sobre a aplicação dos registros de verificação de cirurgia segura e demonstrou que todos os participantes conheciam o instrumento, 92,3% reconheciam sua eficácia e, para 94,9%, a aplicação do *checklist* proporcionava segurança para a própria equipe. O mesmo foi evidenciado neste estudo, pois a maioria dos profissionais cirurgiões e anesthesiologistas que participaram do estudo conheciam o instrumento. Em relação à percepção dos profissionais sobre a LVCS, observou-se unanimidade na opinião dos profissionais quanto à obrigatoriedade da LVCS no serviço, tendo em vista que até a data do presente estudo ela ainda não era efetivamente aplicada. Além disso, os profissionais acreditam que a LVCS é um instrumento eficaz para prevenção de erros cirúrgicos e demonstraram já ter um conhecimento prévio da lista e terem aplicado a mesma no ato cirúrgico.

Em estudo de Devries et al. (2010), realizado em oito hospitais nos Estados Unidos, após a adoção do *checklist*, evidenciou-se uma redução significativa nas taxas de mortalidade e complicações decorrentes das más práticas cirúrgicas, sugerindo ter promovido melhoria na segurança do paciente cirúrgico, devido a mudanças do sistema e do comportamento individual da equipe cirúrgica.

Outro achado relevante deste estudo foi à relação positiva entre tempo de atuação profissional no serviço e o conhecimento dos profissionais sobre a LVCS. Sugere-se, portanto, que quanto mais tempo o profissional está no serviço, ele conhecerá mais as rotinas e protocolos e terá mais domínio sobre a segurança do paciente cirúrgico. É importante, entretanto, que, a despeito do tempo de serviço, os profissionais sejam continuamente treinados a trabalhar de maneira segura, seguindo efetivamente os momentos da LVCS, como forma de reavivar conceitos e tornar condutas esporádicas, de fato, hábitos. Para a cultura de SP ser internalizada pelos profissionais a repetição de informações e a educação permanente são essenciais.

Sabe-se que o uso da LVCS potencializa a prevenção de mortes relacionadas a procedimentos cirúrgicos e reduz em 22,0% a mortalidade pós-operatória. A redução de EA está relacionada a uma cultura voltada para SP bem estabelecida. A introdução da lista na rotina de um centro cirúrgico é um passo para a cultura da segurança cirúrgica. É necessária compreensão de sua importância, conhecimento e envolvimento de todos os membros da equipe, para que o processo seja incorporado à prática diária e se torne eficaz, sendo de grande importância o seu aprimoramento.

Estudo de Elias et al. (2015) mostrou que após a capacitação dos profissionais que trabalham em centro cirúrgico sobre a importância do preenchimento da LVCS, verificou-se que houve um maior preenchimento dos instrumentos que antes não eram preenchidos.

Roscani et al. (2015) mostraram que o sucesso da implementação da lista de verificação e os bons resultados estão ligados à participação, envolvimento e engajamento das equipes. Por isso, para efetivar a estratégia preventiva do processo de trabalho intervencionista específico do paciente cirúrgico, o uso da lista validada pode vir a aperfeiçoar os possíveis resultados obtidos.

Não basta apenas que as instituições imponham os protocolos ou LVCS. É preciso que os profissionais façam uso desta ferramenta e que as equipes compreendam sua importância e necessidade, aceitando o processo e incorporando o novo à prática diária. Trabalhar em ambiente seguro faz com que os profissionais se sintam bem. Além disso, trabalhar em segurança, por um longo prazo, diminui as cargas de trabalho e reduz os custos hospitalares, além de diminuir as taxas de morbimortalidade.

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que o conhecimento dos profissionais que participaram do estudo sobre a LVCS e suas fases pode ser considerado de nível bom, tendo em vista que a maioria destes atingiu um bom desempenho nas questões acerca dos itens da LVCS.

Pode-se concluir, ainda, que a categoria médica se associou a maiores médias de acertos nas fases de *checkin e timeout* e a equipe de enfermagem apresentou maior média de acertos na fase de *checkout*, apesar de não ter se observado associação estatisticamente significativa entre as categorias profissionais, quando se analisou a lista como um todo. Outro achado foi que o maior tempo de atuação profissional se relacionou com uma maior média do somatório de acertos das questões da LVSC pelos profissionais.

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

Este estudo teve como limitações a resistência ao preenchimento do questionário por parte de alguns profissionais, especialmente por alguns médicos, devido relatarem a falta de tempo. Apesar disso a pesquisa foi bem aceita pela a maioria dos profissionais que prestam serviço no referido setor do hospital.

Os resultados deste estudo são relevantes para o desenvolvimento de práticas seguras na enfermagem, ressaltando-se a importância de uma mudança na cultura organizacional dos gestores e profissionais das diversas especialidades cirúrgicas para otimizar a necessidade da identificação correta do paciente, do total preenchimento dos itens elencados pelo instrumento e, principalmente, a validação dos dados com a assinatura do profissional, pois representam elementos indispensáveis para contribuição da segurança do paciente e dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K.S. et al. Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. **Einstein**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-7, 2018.
- ANDRADE, L.E.L. et al. Cultura de Segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio Grande do Norte, v. 23, n. 1, 2018.
- ALMEIDA, R.E.; RODRIGUES, M.C.S. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros. **Rev Rene**. Brasília, v. 19, n. 32, p. 567, 2018.
- ALPENDRE, F.T. et al. Ciclo PDCA para elaboração de CHECKLIST de Segurança Cirúrgica. **CogitareEnferm**. Curitiba, v. 22, n. 3, p. 509-564, 2017.
- ARAÚJO, M.A.N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: Uma questão multiprofissional. **Enferm. Foco**, Mato Grosso do Sul, v. 8, n. 1, p. 5, 2017.
- ANVISA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.
- BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS), Rio de Janeiro. 2009.
- _____ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2013a.
- _____ Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente Brasília – DF 2013b.
- _____ **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013c.
- _____ **Portaria n.º 1377 e n.º 2.095, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2013d.
- _____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho nacional de saúde. **Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**. 2012f.
- BOHOMOL, E.; TATARLI, J.A. Utilização de cenários para a educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 22, n. 3, 2017.
- CARVALHO, E.M.; SANTOS, P.R. Segurança do paciente e do trabalhador em imagenologia: Uma revisão integrativa. **Rev.pesqui.cuid.fundam. (online)**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-938, 2017.
- CORONA, A.R.P.; PENICHE, A.C.G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **REV. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, 2015.

DEVRIES, E.N. et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **N Engl J Med**. Massachusetts, n. 363, p.1928-1937, 2010.

ELIAS, A.C.G.P. et al. Avaliação da Adesão ao *Checklist* de Cirurgia Segura em Hospital Universitário Público. **REV. SOBECC**, São Paulo, v.20, n. 3, p. 128-133, 2015.

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 Grande do Norte. V. 30, n. 1, 2014.

FILHO, G.R.M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **rev bras ortop**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, São Paulo, 5.ed. Atlas, 2013.

GOMES, C.D.P.P. et al. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 140-145, 2016.

KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S. To err is human: building a safer health system. **Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America**. Washington. 2000.

MAFRA, C.R.; RODRIGUES, M.C.S. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. **RevFundCare Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 268-275, 2018.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**, Porto Alegre, 3.ed. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS/TABNET. 2018.

MONTEIRO, A.B. et al. Formação para segurança do paciente: Uma experiência de integração entre alunos da graduação e pós-graduação. **Rev.enferm UFSM**. Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, p. 192-202, 2018.

MONTEIRO, F.; SILVA, L.R. "Checklist" Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**. Salvador, v.12, n. 1, p.482-485, 2013.

NUNES, D.A.A. Segurança do Paciente Cirúrgico em Rondônia: Uma análise crítica sobre os processos de trabalho. **Saber Científico**. Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 70-75, 2017.

OLIVEIRA, M.C.B. et al. Adesão do CHECKLIST Cirúrgico à luz da cultura de segurança do paciente. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 23, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, A.C.; ABREU, A.R.; ALMEIDA, S.S. IMPLEMENTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Enferm. Foco**. Belo Horizonte. V. 8, n. 4, p. 14-18, 2017a.

PANCIERI, A.P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação de equipes de um professorhospital. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul. V. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PARANAGUÁ, T.T.B.; BEZERRA, A.L.Q.; SILVA, A.E.B. Ocorrência de near misses e fatores associados na clínica cirúrgica de um hospital de ensino. **CogitareEnferm.** Goiânia, v. 20, n. 1, p. 121-8, 2015.

REIS, A.T. et al. O Significado da Segurança do Paciente Cirúrgico Pediátrico para a Equipe de Enfermagem. **CogitareEnferm**, Rio de Janeiro, v. 21,p.01-08, 2016.

RIBEIRO, H.C.T.C. et al. Adesão ao preenchimento do CHECKLIST de Segurança Cirúrgica. **Cad. Saúde Pública.** Divinópolis, v. 33, n. 10, 2017.

RIEGEL, F.; JUNIOR, N.J.O. Processo de Enfermagem: Implicações para a Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico. **CogitareEnferm.**Porto Alegre, v. 22, n. 4, p. 01-05, 2007.

ROMANO, A.C.L.; OLIVEIRA, A.A.S. Segurança do Paciente Cirúrgico e direitos humanos dos pacientes. **Cad.Ibero-Amer. Dir. Sanit.** Brasília, v. 6, n. 3, p. 232-251, 2017.

ROSCANI, A.N.C.P. et al. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm.** Recife, v. 28, n. 6, p. 553-65, 2015.

SIMAN, A.G.; CUNHA, S.G.S.; BRITO, M.J.M. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: Revisão Integrativa. **Rev.enferm UFPE online.** Recife, v. 11, n. 2, p. 1016-24, 2017.

SILVA, F.A.A.; SILVA, A.G.N. Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo. **RevEnferm UFPI**, Teresina, v. 6, n. 2, p. 23-29, 2017.

SOUZA, G.S.L.; RIBEIRO, M.R.R. Construção de manual sobre Cirurgia Segura para profissionais de saúde. **CogitareEnferm.** Cuiabá, v. 22, n. 1, p.01-05, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CAMPUS SENADOR HELVIDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo:

Feminino () Masculino ()

2. Idade (anos completos): _____

3. Estado Civil:

Solteiro (a) () Casado (a) ()

Separado (a) / Desquitado (a) / Divorciado (a) () Viúvo (a) ()

4. Renda Mensal: _____ (em salários mínimos)

5. Formação Escolar:

Escola Pública () Escola Privada ()

6. Maior Formação Profissional:

1.() Curso Técnico

2.() Especialização

3.() Graduação

4.() Mestrado

5.() Doutorado

6.() Outro: _____

7. Atuação Profissional no Hospital:

Enfermeiro () Técnico em Enfermagem () Anestesiologista () Cirurgião ()

8. Se cirurgião, qual a especialidade: _____

9. Tempo de Atuação na profissão: _____

10. Tempo de Atuação no hospital: _____

**PARTE II – CONHECIMENTO (ENTENDIMENTO/PERCEPÇÃO) DO
PROFISSIONAL SOBRE A LVCS**

1. Você conhece o projeto “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e a lista de verificação de cirurgia segura (Checklist)?
1 () SIM 2 () NÃO
2. Você acredita que o checklist previne erros durante a cirurgia?
1 () SIM 2 () NÃO
3. O checklist deveria ser obrigatório neste hospital?

- 1 () SIM 2 () NÃO
4. Você já usou o checklist na sua prática no centro cirúrgico?
1 () SIM 2 () NÃO
5. O checklist é composto de 3 partes?
1 () SIM 2 () NÃO

PARTE III – CONHECIMENTO SOBRE A LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

6. A primeira etapa do checklist deve ser aplicada com o paciente já anestesiado?
1 () SIM 2 () NÃO
7. A verificação da assinatura do termo de consentimento cirúrgico, faz parte de qual momento da lista de verificação de cirurgia segura?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
8. Verificar se o Oxímetro de pulso está no paciente e em funcionamento faz parte de qual momento da lista de verificação?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
9. Verificar se o local da cirurgia esta demarcado, faz parte de qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
10. Verificar se foi administrado antibiótico profilático, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
11. Averiguar se o doente possui alguma alergia conhecida, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
12. Averiguar se Via aérea é difícil ou se há risco de aspiração, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
13. Verificar se há Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças), pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
14. Confirmar que todos os elementos da equipe se apresentaram indicando os seus nomes e funções, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
15. . Verificar se estão visíveis exames de imagem essenciais ou outros, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
16. Realizar as contagens de instrumentos, compressas e corto- perfurantes e a rotulagem dos produtos biológicos, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
17. Confirmar se a verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
18. Confirmar com a equipe o nome do doente, o procedimento e o local da incisão, faz parte de qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
19. Orientação sobre as informações relevantes a transmitir a equipe, sobre as principais preocupações e necessidades do doente, faz parte de qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala
20. A revisão do cirurgião, em relação aos passos críticos da cirurgia; a Revisão do anestesista, se há alguma preocupação específica com o doente e a Revisão da enfermagem, sobre esterilização de materiais e equipamentos, pertence a qual momento da lista?
1 () Antes da indução anestésica 2 () Antes da incisão cirúrgica 3 () Antes do paciente sair de sala

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Conhecimento de Profissionais de Saúde acerca da lista de Verificação de Cirurgia Segura

Pesquisador responsável: Sarah Nilkece Mesquita AraújoNogueira Bastos

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 9 9470-0770

Pesquisador participante: Bruno Rafael Pereira de Moura

Telefone para contato: (89) 9 9911-5028

E-mail: b.rafaelmoura@hotmail.com

sarahnilkece@hotmail.com

Prezado (a) Senhor (a):

• Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões e anestesiológicos, que atuam em centro cirúrgico acerca das etapas da lista de verificação de cirurgia segura em um Hospital Público.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam dados sociodemográficos, bem como tempo de atuação na área e um com os itens que compõem a lista de verificação de cirurgia segura.

Benefícios. O estudo ampliará o conhecimento científico sobre segurança do paciente cirúrgico e servirá de subsídio para a confecção de protocolos e rotinas institucionais.

Riscos. Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos ao profissional, como a privacidade violada, constrangimento com alguma pergunta, dados perdidos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio comprometendo o indivíduo ou coletividade. Sabendo desses riscos e na tentativa de impedi-los, os participantes do estudo terão completo sigilo das informações preenchidas, para contornar este constrangimento o participante terá total liberdade para responder o questionário em um local reservado, com a presença do pesquisador, o participante poderá desistir a qualquer momento da pesquisa e não terá custos para o mesmo.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Campus Senador Helvideo Nunes de Barros

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI

Endereço: Rua Cícero Duarte, S/N.

Bairro: Junco

CEP: 64.600-000

UF: PI

Município: Picos

Telefone: (89) 3422-3003

Email: cep-picos@ufpi.edu.br

ANEXO

ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA DA OMS

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS		
Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<p><input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <p><input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK</p> <p><input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionando</p> <p>O paciente tem alguma alergia?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões</p> <p><input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?</p> <p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado</p> <p><input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido</p> <p><input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente</p>

Fonte: OMS, 2009.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
() Monografia
() Artigo

Eu, Bruno Raphael Pereira de Moura,
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
conhecimento de profissionais de saúde acerca
da lista de verificação de cirurgia segura
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 13 de março de 2019.

Bruno Raphael Pereira de Moura
Assinatura

Assinatura