

AS VIVÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIAS SEGURAS EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS

Ana Iraci da Silva Santana*

Delcio Geraldo Pontes Fonseca**

RESUMO

O protocolo de cirurgia segura representa uma das iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em buscar ampliar a segurança do paciente e também da equipe de saúde ao longo do período perioperatório. Nesse sentido, o presente estudo objetiva identificar nas vivências de profissionais do centro cirúrgico de um hospital privado de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais, as percepções sobre o protocolo cirurgia segura e os desafios para sua efetivação. Adota-se método do estudo de caso, com abordagem qualitativa do problema, exploratória quanto objetivo; realizada com a equipe de profissionais do bloco cirúrgico de um hospital privado de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais. Participaram da pesquisa 13 profissionais da equipe médica e de enfermagem atuante no setor, abordados por meio da entrevista semiestruturada. Após a transcrição integral das entrevistas adota-se a técnica de análise de conteúdo na proposta de Laurence Bardin. A análise permitiu identificar a percepção da equipe de profissionais sobre o protocolo de cirurgia segura, os desafios relacionados a implantação e execução do protocolo de cirurgia segura, a necessidade de implantar uma cultura de segurança: conhecer para aderir e, as implicações do protocolo cirurgia segura para assistência de enfermagem. Percebe-se que os profissionais reconhecem mais elementos positivos que negativos relacionados ao protocolo, no entanto, não deixam de citar os desafios para sua efetivação, especialmente a resistência da equipe médica em relação ao protocolo. Conclui-se que o protocolo favorece a promoção da segurança do paciente no período perioperatório e respalda a equipe de saúde.

Descritores: Segurança do Paciente. Procedimentos Cirúrgicos. Cuidados de Enfermagem.

THE EXPERIENCES WITH THE IMPLANTATION OF SAFE SURGERY PROTOCOL IN SMALL HOSPITAL IN SETE LAGOAS, MG

ABSTRACT

The safe surgery protocol represents an initiative of World Health Organization to improve security in the perioperative period. The study aims to identify in the experiences of professionals of the CC of a small private hospital of Sete Lagoas, Minas Gerais, the perceptions about the safe surgery protocol and the challenges for its effectiveness. The method is case study following the qualitative approach, exploratory and descriptive; Performed with the team of professionals of the surgical center of a small private hospital of Sete Lagoas, Minas Gerais. Thirteen professionals from the medical and nursing team working in the sector participated in the study, approached through the semi-structured interview. After the full transcription of the interviews, the technique of content analysis in Laurence Bardin's proposal is adopted. The analysis allowed to identify the perception of the team of professionals about the protocol of safe surgery, the challenges related to the implementation and execution of the protocol of safe surgery, the need to implant a safety culture: to know to adhere to and the implications of protocol safe surgery for nursing care. It is noticed that the professionals recognize more positive elements than negative ones related to the protocol, nevertheless, they do not fail to mention the challenges to their effectiveness, especially the resistance of the medical team in relation to the protocol. It is concluded that the protocol favors the promotion of patient safety in the perioperative period and supports the health team.

Descriptors: Patient Safety. Surgical Procedures. Nursing care.

* Discente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida.

E-mail: aninhairaci@yahoo.com.br

** Enfermeiro especialista em Administração da Assistência de Enfermagem UFMG, responsável pela CME do Hospital Municipal de Sete Lagoas, MG, docente do curso de enfermagem da FCV e orientador do artigo.

E-mail: dgpf69@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente ganhou relevância com a publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América “*To Err is Human*” (Errar é Humano) em 1978, que avaliou eventos adversos (EA) relacionados aos procedimentos hospitalares. Foram identificados os principais erros relacionados à assistência em saúde e os inúmeros prejuízos, fruto do aumento do tempo de internação e dos processos judiciais por incapacidades temporárias ou prolongadas após a alta hospitalar. A partir dos dados, outros países passaram a estudar a ocorrência de EA relacionados ao cuidado recebido em instituições hospitalares, inclusive no Brasil, concluindo que em média 50% desses eventos/erros podem ser evitados (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2014).

A questão da segurança do paciente passou a ser alvo de preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, tanto que foi nessa data que foi criada a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial de Segurança do Paciente). Essa aliança tinha o objetivo de estruturar conceitos e definições sobre segurança do paciente, propondo medidas de redução de riscos e mitigação de EA, que comporiam o *Patient Safety Program* (Programa de Segurança do Paciente). A partir do volume de conceitos em segurança do paciente encontrados, a Aliança Mundial criou uma Classificação Internacional para Segurança do Paciente, buscando a universalização dos conceitos. Essa classificação internacional foi publicada em 2009 e tornou clara a necessidade de redução de riscos a um grau mínimo aceitável de dano desnecessário relacionado à atenção à saúde (DEL CORONA; PENICHE, 2015; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2014).

O Brasil está entre os países que mais realizam procedimentos cirúrgicos, sendo que em 2014 foram aproximadamente 4,5 milhões (DATASUS, 2014). No contexto da assistência prestada ao paciente cirúrgico, estimativas mundiais e nacionais demonstram que pelo menos 50% das complicações pós-operatórias eram evitáveis, destacando o potencial previsível de dano (AMAYA *et al.* 2015). Por isso, no protocolo de segurança do paciente, a partir da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, está incluído o Programa Cirurgia Segura Salva Vidas, que busca a elevação da qualidade dos serviços prestados na assistência à saúde estabelecendo práticas para cirurgia segura. Nesse está contido um *checklist* que visa auxiliar a checagem de elementos essenciais à segurança do paciente (MAZIERO, 2015).

Nesse contexto a equipe de enfermagem assume papel determinante, uma vez que são responsáveis pelos cuidados perioperatórios prestados ao cliente nesse setor, desde a

admissão no período pré-operatório até à recuperação anestésica no pós-operatório. Essa equipe atua nas ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos pacientes cirúrgicos e devem garantir a segurança do paciente, reduzindo ou eliminando riscos de danos desnecessários associados à saúde a um grau mínimo aceitável, evitando a ocorrência de incidentes e eventos adversos no cuidado à saúde (BEZERRA, 2015).

A equipe de enfermagem deve estar capacitada e qualificada para garantir a adoção e execução de medidas e de mecanismos para prevenção e minimização de riscos, visando à promoção da cirurgia segura. Atualmente, no Brasil, muitas instituições hospitalares apresentam ações de gestão risco, com vistas a minimizar a ocorrência de eventos adversos, pela identificação e análise dos riscos precocemente. Porém, pela ampliação das discussões a respeito dessa temática, a segurança do paciente cirúrgico não pode ser limitada à gestão de riscos, mas sim, representar um conjunto de ações e procedimentos internos capazes de promover efetivamente a segurança do paciente, no qual a equipe de enfermagem assume papel determinante (SOUZA; SILVA, 2014).

Ao considerar a importância da cirurgia segura e o papel estratégico da enfermagem nesse processo, questiona-se: Quais são as vivências de profissionais do centro cirúrgico (CC) de um hospital de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais, acerca da implantação e execução do protocolo de cirurgia segura? Esse questionamento está embasado no pressuposto de que os profissionais atuantes no CC da instituição estudada enfrentam desafios para efetivação do protocolo de cirurgia segura, apesar de reconhecerem a importância dele. Além disso, acredita-se ser necessário o respaldo da gestão institucional e a adesão da equipe profissional, reconhecendo que o protocolo é um instrumento de respaldo e promoção da segurança para toda a equipe.

O estudo a respeito do protocolo de cirurgia segura é relevante porque danos relacionados a assistência à saúde podem resultar em incapacidade temporária ou permanente, prolongando o tempo de permanência de internação ou até mesmo causar o óbito. Além disso, profissionais devem munir-se de estratégias sólidas para prestação de cuidados de modo seguro e responsável, promovendo a segurança do paciente, para que assim, seja garantida a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros (PEREIRA; SOUZA; FERAZ, 2014; BEZERRA, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2015). Além disso, ao propor uma discussão reflexiva sobre as vivências de profissionais com o protocolo de cirurgia segura, pode-se contribuir para a construção do conhecimento em torno da temática, identificando lacunas e pontos positivos relacionados ao processo de implantação de protocolo de cirurgia segura.

Sendo assim, esta pesquisa objetiva identificar nas vivências de profissionais do CC de um hospital privado de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais, as percepções sobre o protocolo de cirurgia segura e os desafios para sua efetivação. São objetivos específicos: discutir a segurança do paciente no CC, analisar os impactos do protocolo de cirurgia segura para a assistência de enfermagem em CC. Para isso, adota-se o método do estudo de caso, com abordagem qualitativa do problema, exploratória quanto objetivo; realizada com a equipe de profissionais do bloco cirúrgico de um hospital privado de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico (CC) representa um dos ambientes mais complexos do hospital e também com um dos maiores índices de eventos adversos de hospitalização. A justificativa para esse fato é multifatorial, fruto da natureza dos procedimentos, interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão. Porém, a maior parte dos riscos oferecidos pela atenção no CC pode ser evitada. Os eventos adversos (EA) podem ser desencadeados por qualquer incidente associado ao uso de medicamentos; equipamentos, dietas ou realização de procedimentos. São consideradas lesões ou complicações não intencionais que podem desencadear a morte do paciente, resultar em incapacidades permanente ou significativo, prolongar a internação (VENDRAMINI *et al.*, 2010; MANRIQUE *et al.*, 2015).

Nesse contexto, emerge o Programa Cirurgia Segura Salva Vidas cujo objetivo é reforçar as práticas cirúrgicas seguras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009). O programa aborda uma série de questões relevantes à prática cirúrgica segura, relacionadas ao paciente, ao procedimento, à equipe, à comunicação, às atitudes dos profissionais, buscando evitar riscos desnecessários. A OMS desenvolveu assim uma lista de verificação cirúrgica (*checklist*) com auxílio de colaboradores de diversos países, guiado por três princípios, a citar: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração do impacto, permitindo que as equipes sigam de maneira clara e eficiente as etapas críticas de

segurança, minimizando os riscos evitáveis mais comuns, que colocam em risco as vidas e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos (ELIAS *et al.*, 2015; MANRIQUE *et al.*, 2015).

Para que um sistema de gestão da segurança do trabalho seja efetivo, com uma equipe engajada e qualificada em prol da segurança do paciente, torna-se necessário a criação de uma cultura de segurança do paciente. Essa consiste em atitudes e valores incorporados que devem encorajar e recompensar a identificação, e a notificação de problemas relacionados à segurança, promover o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para promoção efetiva da segurança (FILHO *et al.*, 2011; MINUZZ *et al.*, 2016).

A cultura de segurança ainda se relaciona ao estabelecimento de padrões comportamentais individuais e coletivos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização segura. Para seu desenvolvimento, há necessidade de estratégias que englobam a formação profissional da saúde, a assistência em todos os níveis de atenção, a realização de pesquisas. Cabe o destaque que as iniciativas em cultura de segurança do paciente devem ser incentivadas e respaldadas pela gestão do serviço de saúde na instituição, pelos benefícios que trazem para a qualidade assistencial (FERMO *et al.*, 2016).

2.2 CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

A OMS determina dez pontos com recomendações específicas e fundamentais à efetivação da prática cirúrgica segura, a citar: a equipe operará o paciente cirúrgico certo no local certo; a equipe usará métodos conhecidos para impedir danos da administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor; a equipe reconhecerá e deverá estar efetivamente preparada para a perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida; a equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas; a equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente; a equipe usará de maneira sistemática métodos conhecidos para minimizar o risco de infecções do sítio cirúrgico; a equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas; a equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos; a equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação; os hospitais e os sistemas

de saúde pública e estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos (OMS, 2009).

A partir desses dez eixos fundamentais, a OMS organizou uma lista de verificação de segurança cirúrgica, contemplando o período anterior à indução anestésica, checando a identificação do paciente (elementos como identidade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento) e questões como o funcionamento do oxímetro de pulso, se há alergias conhecidas o estado da via aérea e se há risco de perda sanguínea maior que 500 ml (adultos) e 7ml/kg (crianças) (OMS, 2009).

Posteriormente, há a checagem antes da incisão cirúrgica, checando se todos os membros da equipe estão presentes e se apresentaram por nome e função, cirurgião, equipe de enfermagem e anestesiológista confirma por nome, sítio de incisão e procedimento do paciente, se há risco de eventos críticos e quais seriam, se há algum risco específico relacionado ao paciente que a equipe de anestesia deva mencionar, revisão da equipe de enfermagem (se todos os materiais, instrumentos utilizados estão à disposição na sala cirúrgica e dentro do prazo de esterilização, se há alguma preocupação ou questão que deva ser lembrada e mencionada pela equipe de enfermagem). Por fim, a checagem da realização da profilaxia antimicrobiana 60 minutos antes do procedimento (caso se aplique) e se as imagens estão disponíveis (caso se aplique) (OMS, 2009).

A lista de checagem continua antes do paciente sair da sala de cirurgia de modo que o profissional médico ou membro da equipe de enfermagem deverá confirmar os registros do procedimento realizado e como foi executado, se a contagem de instrumental (compressas, agulhas, instrumentos cirúrgicos) está correta; se amostra anatômica de material patológico está identificada (caso se aplique) e se há algum problema com equipamento para ser resolvido. Por fim, a equipe completa (cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem) deve verificar se as preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente foram seguidos, documentados e abordados, como a presença da dor, por exemplo (OMS, 2009).

Freitas *et al.*, (2014) verificando a adesão de hospitais ao uso desse *checklist* identificou a baixa adesão e poucos estudos que abordam especificamente essa questão. Ressaltam que esse cenário pode refletir na maior ocorrência de eventos adversos em cirurgia, contribuindo para maior tempo de internação ou reinternação, necessidade de terapia intensiva, mortalidade e outros impactos. Destacam ainda que para implementar esse *checklist* é necessário que haja um respaldo da gestão, para padronização de procedimentos e processos, a fim de viabilizar a realização sistemática dessa checagem.

2.3 PERÍODO PERIOPERATÓRIO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ao longo da história da assistência em saúde no Brasil e no mundo, as cirurgias não passavam de simples procedimentos, rústicos quanto à técnica e limitados quanto à abordagem. A partir do final do século XIX procedimentos mais complexos passaram a ser realizados, com técnicas mais aprimoradas. A evolução tecnológica e científica dos últimos anos revolucionou a cirurgia e a prática de assistência em saúde no centro cirúrgico dos hospitais. Ao mesmo tempo em que a clínica cirúrgica aprimorou-se, a assistência de enfermagem em CC tornou-se mais complexa, integral, científica, de modo que a enfermagem não se restringe ao cuidado com o ambiente, ampliando seu campo de ação nas ações de cuidado integral em todo período perioperatório (BRAILE; GODOY, 2012; PARANAGUÁ *et al.*, 2016).

Essa situação exige dos enfermeiros uma formação por competências específicas nas dimensões de cirurgia ambulatorial e de assistência sistematizada de enfermagem, uma vez que a programação cirúrgica impõe no indivíduo uma série de expectativas, sendo ao mesmo tempo uma chance de melhoria da sua qualidade de vida. Na atenção em CC são comuns esforços voltados para intervenções técnicas e objetivas comuns ao procedimento, com uma menor atenção às interações entre enfermeiros e o paciente (SAMPAIO; GONÇALVES; JÚNIOR, 2016).

Uma tendência contemporânea e reconhecida pela literatura científica é a busca pela Segurança do Paciente relacionada à assistência cirúrgica, uma vez que parte dos EA relacionados à cirurgia originam-se na equipe de enfermagem, como medicações trocadas, quedas dos pacientes, extubação, queimaduras durante procedimentos, hemorragia por desconexão de drenos, entre outros, que torna necessário o estabelecimento de medidas de avaliação dos serviços e estabelecimento de protocolos para implementar a segurança do paciente cirúrgico (SILVA *et al.*, 2015).

A expansão mundial das discussões sobre a prática cirúrgica segura é fruto dos movimentos em prol da qualidade assistencial e necessidade de preservar os usuários de riscos desnecessários e eventos adversos evitáveis. Esse movimento global iniciado pela Organização Mundial da Saúde tem intuito de abranger estes sistemas visando à assistência cirúrgica mais segura para salvar vidas de milhões de pessoas pelo mundo ao propor plano intervencionista, baseado na criação de uma cultura de segurança (PARANAGUÁ *et al.*, 2016).

A enfermagem em CC assume papel estratégico nesse processo, uma vez que a atuação desse profissional em todo período perioperatório constitui uma gama de atividades de grande responsabilidade e capaz de favorecer o sucesso dos procedimentos cirúrgicos, envolvendo o gerenciamento da assistência. A equipe que atua no CC deve lidar, portanto, com vários aspectos, desde a competência técnica, relacionamento interpessoal e recursos materiais, até a interação com o paciente e sua família. Assim, a equipe de enfermagem deve garantir aos pacientes apoio no momento da chegada, promover o conforto dentro de um ambiente seguro e zelar pela assistência durante todos os procedimentos invasivos, garantindo um atendimento de qualidade (CAMPOS *et al.*, 2015).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Adota-se a metodologia do estudo de caso com abordagem qualitativa do problema e exploratória quanto ao objetivo. O estudo de caso é caracterizado pela investigação de um fenômeno em um contexto de vida real. É um método excelente para apreender a realidade e o contexto social por trás do fenômeno, buscando a compreensão e interpretação mais profunda dos fatos (YIN, 2015). Por isso, foi escolhido a pesquisa qualitativa, pois essa considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, no contexto em que as experiências são vivenciadas, de modo que o método qualitativo viabiliza a interpretação de fenômenos e a atribuição de significados à vida real (MINAYO, 2010). Além disso, é exploratória porque seu objetivo perpassa por tornar explícitas as vivências na implantação do protocolo cirurgia segura, por meio de entrevistas com profissionais do bloco cirúrgico de um hospital privado de pequeno porte do interior de Minas Gerais (GIL, 2010).

O centro cirúrgico estudado é composto por duas salas de cirurgia, equipadas para a realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte, em variadas especialidades médicas, chegando a realizar até 200 cirurgias por mês. O Protocolo de Cirurgia Segura está implementado há 01 ano nesta unidade e todos os profissionais atuantes têm vivências com o protocolo, motivo pelo qual são elegíveis para participar desta pesquisa. Foram convidados aleatoriamente 20 profissionais para participar (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores), no entanto, apenas 13 aceitaram participar do estudo, sendo 3 médicos cirurgiões (MC), 3 anestesistas (A), 3 enfermeiros (E), 3 técnicos de enfermagem (TE) e 1 instrumentador cirúrgico (I).

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista com roteiro semiestruturado, com questões que versam sobre as vivências dos profissionais na implantação do protocolo de cirurgia segura (Apêndice 1). Foi feito um teste piloto para validação do questionário e, ao perceber que respondia aos objetivos da pesquisa, a coleta de dados foi agendada com os profissionais em outubro de 2016 para realização da entrevista gravada, sem tempo limite para sua execução, a fim de que os profissionais emitissem livremente suas vivências relacionadas ao processo de implantação do protocolo cirurgia segura.

As entrevistas foram transcritas na íntegra para serem analisadas na proposta de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin. Essa análise é realizada em três etapas consecutivas, sendo a primeira etapa a pré-análise, que consiste na organização do material para análise, sua leitura de reconhecimento e escolha dos dados brutos (que são as entrevistas transcritas). A segunda etapa consiste na exploração do material, na qual o pesquisador realiza leituras sistemáticas do material e, a partir dos objetivos da pesquisa, seleciona extratos dos dados brutos que contenham um tema. Esses temas são alocados pela similaridade em unidades de sentido e contexto, que compõe as categorias temáticas. A terceira etapa é a inferência e a interpretação, na qual as categorias temáticas são apresentadas e discutidas conforme o resgate ao referencial teórico desta pesquisa (BARDIN, 2011).

Do ponto de vista ético foram respeitadas as diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos da resolução nº466/2012 de modo que foi solicitada a autorização da instituição para realização da pesquisa e, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo respeitado o direito de sigilo, de modo que nenhum dado que permita a identificação dos participantes será divulgado.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 13 profissionais, sendo 3 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 3 médicos anestesistas, 3 médicos cirurgiões e 1 instrumentadora cirúrgica, todos com vivências no processo de implantação do protocolo de cirurgia segura. Esses profissionais têm de 28 a 43 anos, com experiência em bloco cirúrgico de 2 a 20 anos. Após a análise do conteúdo das entrevistas, foi possível desenvolver quatro categorias temáticas: (I) Percepção da equipe de profissionais sobre o protocolo cirurgia segura; (II) Desafios relacionados a implantação e execução do protocolo cirurgia segura; (III) Necessidade de

implantar uma cultura de segurança: conhecer para aderir; (IV) Implicações do protocolo cirurgia segura para a assistência de enfermagem.

4.1 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS SOBRE O PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA

Na visão dos participantes da pesquisa o protocolo de cirurgia segura é visto como um instrumento de promoção da segurança dos pacientes ao longo do período perioperatório, que favorece a prevenção de riscos evitáveis. Além disso, é percebido como um instrumento de respaldo da equipe, capaz de assegurar um atendimento de qualidade. É visto como um instrumento que salva vidas e, por isso, reduz custos relacionados a assistência prestada, conforme relatos:

[...] de uma importância enorme, difícil de quantificar [...] é a segurança, é evitar eventos adversos na sala de cirurgia. (A1)

[...] para nós é um respaldo, porque as perguntas são feitas para nos ajudar, para proteger o paciente e a nós mesmos. (TE)

[...] o protocolo é exatamente para isso, para aumentar a segurança do paciente e de todo mundo, para todo mundo ter segurança do que está fazendo. (E1)

Então a ideia do protocolo é salvar vidas, é assistir bem o paciente, levar qualidade para ele [...] (A2)

Vejo que traz um custo menor para o hospital, porque se ocorrer a intercorrência ou erro, terá internação mais longa, processo, mais gasto material, nossa! O respaldo é muito grande. (MC3)

Além disso, houve participante que percebe o protocolo cirurgia segura como um instrumento que favorece a uniformidade do atendimento, evitando que perguntas comuns sejam feitas repetidamente, conforme relato:

É você é uniformizar atendimento ao indivíduo, saber o lado de operar, se não todo mundo pergunta, a enfermeira do bloco pergunta, a circulante de sala pergunta, o anestesista pergunta, o cirurgião pergunta, então o protocolo é uma rotina que ajuda uniformizar nossa assistência. (MC2)

Houve profissional que considera o protocolo mais um papel a ser preenchido, sem perceber a importância relacionada a aplicação do protocolo. Outros profissionais destacaram

que o protocolo não funciona como deveria, pois, nem todos os profissionais participam do mesmo e, por isso, sua execução fica prejudicada, conforme relato:

A gente que é circulante de sala tem que preencher muitos papéis né? Então o protocolo acaba sendo mais um papel, não tem a importância que deveria ter, né? (TE3)

A proposta é essa, assegurar um atendimento de qualidade e de segurança para o paciente, mas a questão é que vejo um ponto negativo é só esse ponto mesmo, que tanto na implantação quanto na execução somos cobrados, mas nem sempre toda a equipe tem a participação que deveria ter, nem toda a equipe age como deveria ser. (E2)

Portanto, os profissionais percebem que o protocolo é um instrumento para assegurar maior segurança ao período perioperatório e, por isso reduz custos e favorece a qualidade assistencial e uniformização do atendimento, porém, há aqueles que não reconhecem sua relevância, julgando ser apenas mais um papel a ser preenchido e que nem sempre todos os membros da equipe do bloco cirúrgico participam do protocolo de maneira adequada.

4.2 DESAFIOS RELACIONADOS A IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA

As vivências da equipe de profissionais demonstram que existem desafios relacionados a implantação e execução do protocolo cirurgia segura, sendo o principal desafio a resistência da equipe médica em aderir não apenas a esse protocolo, mas a todo e qualquer protocolo. Além disso, a comunicação entre os membros da equipe emergiu no conteúdo das entrevistas como um elemento dificultador, expresso como má vontade em responder ao checklist, “patadas” (termo figurado que remete a expressões rudes), de modo que não há o envolvimento de toda a equipe, conforme relatos:

Existem muitos desafios sim médicos geralmente tem uma resistência muito grande a aderência de protocolos de uma forma geral e o protocolo de cirurgia segura exige que esteja todo mundo na sala, paciente, cirurgião, anesthesiologista, quem tiver aplicando o questionário e, isso é muito difícil de acontecer na nossa realidade aqui. (A1)

Os profissionais, principalmente os médicos, eles não cooperam, fazem piadinhas, entende? Tem má vontade em responder as perguntas, dão patadas. (TE1)

Tem muitos desafios principalmente porque depende da adaptação de todo mundo de toda a equipe e nós sabemos que alguns, principalmente os cirurgiões eles acabam não adaptando ao processo então o que acaba sendo um dificultador no nosso trabalho. (E2)

Existe uma resistência muito grande da parte médica, principalmente da equipe da anestesia, principalmente da equipe médica, tanto da equipe de anestesia quanto da equipe dos cirurgiões que acham né? O processo repetitivo, cansativo e de uma certa forma dos técnicos também que ficam resistentes pela resistência que a outra equipe impõe então eles têm dificuldade de executar porque a outra equipe impõe essa resistência. (E3)

Outro elemento dificultador que emergiu no conteúdo das entrevistas é a rotatividade da equipe de profissionais, especialmente na equipe de enfermagem, que dificultaria a execução do processo, conforme relato:

Acho que seguir o protocolo escrito, não pular as etapas, estar acostumado com o processo é importante e, a enfermagem é quem faz as perguntas então eu vejo que se não tiver muita rotatividade da equipe de enfermagem seria mais fácil, e, percebo muitos problemas no hospital tem relação com a rotatividade da equipe de enfermagem. (A2)

Portanto, os desafios relacionados a implantação e execução do protocolo cirurgia segura perpassam pela adesão dos profissionais ao protocolo, à comunicação na equipe e à rotatividade de profissionais, especialmente da equipe de enfermagem.

4.3 NECESSIDADE DE IMPLANTAR UMA CULTURA DE SEGURANÇA: CONHECER PARA ADERIR

Diante dos desafios e dificuldades apresentadas pelos profissionais, houve aqueles que destacaram a necessidade de haver uma mudança de paradigmas entre os profissionais, havendo a necessidade de ser implantado uma cultura de segurança, na qual as pessoas envolvidas conheçam de fato o protocolo e sua relevância, ofertem treinamentos e capacitações, para que se favoreça a adesão ao mesmo, conforme relatos:

Acho que precisa de uma mudança de cultura de uma forma geral para que a aderência seja adequada e a gente tenha os resultados que a gente espera. (A1)

Bom, é importante a conscientização das pessoas que tão envolvidas em todo o processo acreditarem que a cirurgia segura salva-vidas. (A3)

Acho que seria valido também fazer treinamentos a respeito do mesmo...porque acho que isso iria ajudar na sua adesão. (MC3)

Ele envolve toda uma mudança de hábito e mudança de hábito e leva um tempo mesmo de adaptação, mas a gente vai se adequando às nossas necessidades é importante ter sempre a cabeça aberta para fazer as mudanças que forem necessárias para que o protocolo seja seguido. (MC2)

Outro elemento que emergiu do relato dos profissionais está relacionado ao posicionamento da administração hospitalar frente ao protocolo, no sentido de que não basta cobrar da equipe sua execução, sem que dê condições para que todos os membros desta venham a aderir ao mesmo, conforme relatos:

Eu acho que falta muita orientação, principalmente por parte da equipe médica relacionada a importância do protocolo. Eu percebo que a instituição precisa promover o conhecimento, um treinamento, uma reciclagem para que a equipe médica e demais profissionais vejam a importância de fazer o protocolo acontecer. (E3)

Acho arriscado mesmo eu estar citando isso, mas vejo o método imposto pela administração geral. Porém, sua execução não depende apenas da equipe de enfermagem, mas de todos os profissionais. Se todos não aderem e erros relacionados ao protocolo acontecem somos cobrados, a enfermagem é cobrada, recebe advertências, mas a equipe médica que não adere, que não responde ao checklist, nada acontece, então assim, é preciso mudar a cultura, promover o conhecimento sobre o método para que haja adesão. (E2)

Portanto, na visão dos profissionais há necessidade de mudança na cultura interna no sentido de promover a cultura de segurança e isso perpassa pelo conhecimento da importância do protocolo, treinamentos e capacitações para adesão, em detrimento da imposição.

4.4 IMPLICAÇÕES DO PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Na visão dos profissionais o protocolo promove algumas implicações na assistência de enfermagem, uma vez que esses profissionais são responsáveis pela sua operacionalização. Além disso, percebem que quando o protocolo é executado de maneira adequada a equipe de enfermagem sente-se mais segura para realização dos cuidados perioperatórios e, do contrário, há uma insegurança grande na equipe, conforme relatos:

A enfermagem atua diretamente no protocolo. Quem deve fazer o protocolo, fazer as perguntas, é a equipe de enfermagem quem deve respondê-las de forma correta. Então sem a enfermagem o protocolo de cirurgia segura não existe, eu preciso. De todo o grupo de pessoas né? Todo o recurso humano, eu preciso da enfermagem, eu preciso do médico, eu preciso do paciente também então todos eles têm que existir. (E3)

Da segurança nossa, a gente sente mais seguro quando o protocolo é bem feito entendeu? Porque com o protocolo confere-se se o paciente é aquele mesmo, se ele tem alergia, contraindicações, confere se os equipamentos estão todos disponíveis, se o local da incisão está correto e, a enfermagem atua em todas as etapas, então implica na assistência promovendo maior segurança e respaldo para esse profissional prestar seus cuidados, né? (INSTRUMENTADOR)

Quando não é executado o protocolo de maneira correta eu me sinto insegura, porque assim, não teremos nosso respaldo e teremos sujeitos a qualquer, a enfermagem fica insegura quando tem que insistir com o cirurgião para responder as perguntas, principalmente porque eles nos xingam, e nós ficamos sem respaldo. (E2)

As implicações do protocolo de cirurgia segura para assistência de enfermagem relacionam-se ao respaldo do processo de cuidar, auxiliando a conter lapsos mentais, promovendo o trabalho em equipe e a divisão das responsabilidades.

5 DISCUSSÃO

Os profissionais entrevistados percebem que o protocolo de cirurgia segura representa um instrumento para promoção da segurança do paciente, que respalda a equipe pela minimização das chances de eventos adversos e, por isso, representa também uma forma de aumentar a qualidade da assistência prestada. Essa percepção corrobora com os estudos de Pancieri *et al.*, (2013) no qual 80% dos profissionais entrevistados citaram que o protocolo diminui riscos de possíveis complicações e que fornece segurança à equipe como um todo. Em um estudo multicêntrico, produzido por Heynes *et al.*, (2009), que investigou o protocolo de cirurgia segura aplicado em quase 4000 cirurgias em oito instituições hospitalares, evidenciou que a aplicação do *checklist* de cirurgia segura minimiza as chances de ocorrer eventos adversos ao longo do período perioperatório.

Outra percepção dos profissionais é que o protocolo cirurgia segura favorece a uniformidade e padronização dos cuidados prestados. De acordo com Heynes *et al.*, (2009) padronização remete ao alinhamento dos conhecimentos de toda a equipe em torno dos processos e etapas assistenciais a serem cumpridas. Nesse sentido, a instalação do protocolo significa admitir que erros podem acontecer, principalmente aqueles relacionados aos lapsos

de memória dos profissionais em torno da assistência prestada. Assim, a introdução do protocolo favorece o processo comunicativo e a abordagem da equipe, combatendo esses mesmos lapsos e favorecendo a prestação de cuidados integrais no período perioperatório, padronizados, refletindo uma cultura de segurança e de qualidade (PANCIERI *et al.*, 2013).

A literatura destaca os aspectos positivos em relação ao protocolo cirurgia segura, como por exemplo, Filho *et al.*, (2013) identificou que esse protocolo proposto pela OMS contribui para alinhar a precisão técnica à segurança do paciente, que Sociedades Mundiais de Cirurgia concordam com essa afirmação, demonstrando, por exemplo, que as taxas de erros de locais de incisão cirúrgica errados que podiam chegar a 21% reduziram sua incidência para em média 9% a 13% a depender do país.

Nesse sentido, percebe-se que a maioria dos profissionais apresenta uma percepção positiva em torno do protocolo cirurgia segura, corroborando com os resultados encontrados por Maziero (2012) em sua dissertação, na qual 82% dos profissionais participantes foram capazes de perceber a importância do protocolo cirurgia segura. A minoria que não reconhecia tinha a percepção de que esse protocolo não funcionava na prática, representando mais uma burocracia e papel a ser preenchido.

Entre a amostra entrevistada, houve profissional que considera o protocolo cirurgia segura como mais um papel a ser preenchido. Esse resultado foi de apenas um profissional entre os treze participantes, demonstrando que em termos de proporção, o resultado corrobora com os estudos de Elias *et al.*, (2015), no qual, apenas 7% dos participantes não reconhecem a importância do protocolo de cirurgia segura. Já Fermo *et al.*, (2015) evidenciam que nem sempre todos os profissionais percebem a relevância dos novos instrumentos e tecnologias empregadas para promoção da segurança do paciente, motivo pelo qual Filho, Andrade e Marinho (2011) destacam a relevância das instituições promoverem uma mudança cultural em torno do erro e suas representações, saindo de abordagens punitivas para aquelas de promoção do conhecimento, que tendem ao favorecimento da adesão e uma mudança da percepção sobre essas mesmas tecnologias.

Apesar das percepções positivas em torno do protocolo cirurgia segura, os profissionais reconheceram a existência de muitos desafios relacionados a sua efetivação. Houve unanimidade na amostra em citar a resistência da equipe médica como principal empecilho, tanto dos cirurgiões como dos anestesistas. Inclusive o médico cirurgião, identificado como MC1, foi capaz de reconhecer que médicos em geral tendem a não aceitar protocolos de atendimento. Isso corrobora com os estudos de Freitas *et al.*, (2014) que identificaram que os principais erros no preenchimento do *checklist* foram nos campos “antes

da indução anestésica” e “antes da incisão cirúrgica”. Ao tentar investigar os motivos, percebe-se a dificuldade de comunicação entre a médicos e membros da equipe de enfermagem responsáveis pelo preenchimento do instrumento.

Essas dificuldades comunicativas emergiram no conteúdo das entrevistas, expressas em falas como “não respondem”, “nos dão patadas”, “esperamos ser xingados” e “fazem piadinhas”. O manual de cirurgia segura lançado pelo Ministério da Saúde (2014) determina que a ideia do protocolo é promover o trabalho em equipe, com abordagem multiprofissional, favorecendo a comunicação e a checagem de todos os elementos relacionados à assistência no período perioperatório (BRASIL, 2014).

A própria OMS (2009) já previa a resistência de alguns profissionais à introdução de listas de verificação, como é no caso do protocolo de cirurgia segura, isso porque elas exigem uma comunicação efetiva entre os membros da equipe cirúrgica e da equipe de enfermagem. Apesar da maioria dos membros da equipe cirúrgica entrevistados parecerem favoráveis ao protocolo, todos destacaram as lacunas comunicativas e as resistências dessa mesma equipe médica. Defende-se que o instrumento é benéfico, pois favorece a comunicação.

O *checklist* é o instrumento de comunicação que permite um registro linear, sistemático e organizado relacionado ao processo cirúrgico, de modo a colaborar com a segurança do paciente e dos profissionais, além de servir como base para consultados posteriores por outros profissionais. No entanto, é importante que os membros da equipe sejam capazes de comunicar, dialogar para que o preenchimento seja correto e, de fato, exista segurança (MAZIERO, 2012).

Outro elemento identificado por Fragata (2010) em equipes multiprofissionais atuantes em centros cirúrgicos é que, quando a assistência não é prestada sobre grande estresse, pressão, negação das vulnerabilidades e pobreza na comunicação, existe ainda forte dependência de atuações individuais, na maioria dessas centradas na figura médica. Isso faz com que os profissionais desenvolvam ampla gama de atividades, repletas de dúvidas, favorecendo a criação de um ambiente favorável ao evento adverso, colocando o paciente em risco.

Os estudos de Stumm *et al.*, (2006) e Minuzz *et al.*, (2016) demonstram que ao longo de uma década os problemas comunicativos no centro cirúrgico e outras unidades hospitalares de cuidados a pacientes críticos são recorrentes, sendo a maioria relacionada ao poder que o médico exerce dentro de uma instituição hospitalar. Isso pode explicar o porquê dos relatos dos profissionais não médicos estar evidente o receio em falar da resistência da equipe médica relacionada ao protocolo, evidenciado por falas como “não sei se devo dizer isso”. Essa

situação na visão dos referidos autores prejudica profundamente a comunicação e o relacionamento interpessoal, mas também favorece a criação de um ambiente favorável a ocorrência de erros.

A comunicação é fundamental para relação entre pessoas e imprescindível para execução correta do protocolo cirurgia segura. Ela fortalece relações entre profissionais que trocam ideias, percepções, proporcionando uma estrutura que favorece um trabalho em equipe, alinhado a satisfação pessoal e que corrobora para a criação de uma cultura de segurança (MINUZZ *et al.*, 2016).

Diante dessa realidade os profissionais destacaram a necessidade de promover uma mudança de paradigmas na cultura organizacional do centro cirúrgico estudado. Na visão dos profissionais é necessário que haja mais treinamento e capacitação da equipe médica e dos demais profissionais para compreensão e sensibilização quanto a importância do protocolo. Acredita-se que isso poderia favorecer a adesão de toda a equipe ao protocolo. Esse resultado corrobora com Souza e Silva (2014) que afirmam ser a capacitação da equipe para adoção de instrumentos e tecnologias de segurança do paciente, uma iniciativa fundamental para criar a cultura de segurança na instituição.

Correggio *et al.*, (2014) salientam que a criação de uma cultura de segurança do paciente pressupõe a criação e implantação de medidas eficientes para redução de riscos e eventos adversos. Para tal, é imprescindível que a alta gestão hospitalar favoreça o clima de trabalho em equipe e o clima de segurança. Isso significa adaptações na forma de lidar com o erro, superando medidas punitivas, para preventivas; capacitando para melhorar e divulgando para evitar. Isso significa reconhecer que errar é humano e, trabalhar os erros pode favorecer a sua não ocorrência futura. Elucidam que é necessário esforço de toda a organização hospitalar para incentivar nos profissionais a condução de ações, capacitações, treinamentos para o conhecimento das causas dos erros, sua forma de julgamento, além de inferirem a importância do fortalecimento da cultura de segurança, rompendo as fragilidades dos modelos punitivos e favorecendo o foco nas medidas preventivas, como a implantação de protocolos de cirurgia segura.

Além disso, o protocolo cirurgia segura impacta diretamente no cuidado de enfermagem, pois enfermeiros e técnicos de enfermagem atuam diretamente no protocolo, seja no acolhimento do paciente, no preenchimento do *checklist* e checagem de materiais, entre outros. Isso exige dos profissionais enfermeiros habilidade gerencial e assistencial, para promover uma assistência de qualidade e segura. O enfermeiro deve estar capacitado para promover uma série de cuidados objetivos em todo período perioperatório, no entanto, deve

também estar capacitado para operacionalizar o protocolo cirurgia segura (PARANAGUÁ *et al.*, 2016).

O enfermeiro é o profissional elo entre a equipe médica e a equipe de enfermagem. Nesse sentido, deve ter habilidades para superar as lacunas comunicativas e tentar favorecer a execução do protocolo como se espera. Além disso, o enfermeiro é um elo entre o paciente e toda a equipe de saúde, motivo pelo qual é profissional fundamental para implementação do protocolo cirurgia segura, podendo-se afirmar que não há protocolo cirurgia segura sem a enfermagem envolvida no processo (SAMPAIO; GONÇALVES; JÚNIOR, 2016).

O *checklist* emerge como uma forma de superar as lacunas de esquecimento, bem como algumas dificuldades e dúvidas relacionadas ao procedimento cirúrgico, ao material que será utilizado, os recursos que a cirurgia demandará, auxiliando, assim, todos os profissionais envolvidos no processo cirúrgico (PINHO; VIEGAS; CAREGNATO, 2016). Por isso, os profissionais de enfermagem relataram que quando o protocolo não acontece da maneira adequada há um sentimento de insegurança relacionada a assistência, pois o risco de eventos adversos torna-se maior.

Por isso, Monteiro *et al.*, (2014) defendem que os enfermeiros assumem papel estratégico na assistência e execução do protocolo cirurgia segura, pois têm competência técnica e habilidades para desenvolver as relações interpessoais, auxiliando na promoção da cultura de segurança, garantindo, assim, um atendimento de qualidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu evidenciar que nas vivências dos profissionais são percebidos mais elementos positivos que negativos em relação a implantação e execução do protocolo de cirurgia segura. Foram capazes de reconhecê-lo como instrumento de respaldo e comunicação entre a equipe, que favorece a qualidade assistencial e, que de fato, possibilita salvar vidas. No entanto, não deixaram de evidenciar os aspectos desafiadores, como a resistência de alguns profissionais da equipe e a rotatividade da equipe de enfermagem como as principais barreiras.

Acredita-se que treinamentos e capacitações, bem como a criação de um processo comunicativo eficaz possam favorecer a melhoria das relações interpessoais no bloco cirúrgico estudado e, assim, promover a adesão ao protocolo cirurgia segura.

Além disso, percebe-se a necessidade de mudanças nos paradigmas culturais da organização, favorecendo a cultura de segurança do paciente. Isso significa ser necessário o envolvimento de todos os membros da equipe médica e da equipe de enfermagem no processo, de modo que a alta administração favoreça a criação de um clima para o trabalho em equipe e para comunicação eficaz. Acredita-se que a enfermagem seja o centro do protocolo cirurgia segura por ser o elo entre o paciente e médicos e entre membros da equipe, destacando-se como profissional necessário a promoção da comunicação, com habilidades para contornar conflitos e coordenar a aplicação do protocolo.

Percebe-se ainda que o protocolo cirurgia segura representa o reconhecimento de que errar é humano, que divulgar o erro pode favorecer ajustes para que o mesmo não torne a acontecer e, que essa abordagem é mais eficaz para promover segurança, do que as atuações punitivas. Sendo assim, o protocolo cirurgia segura é visto como um instrumento de gestão do risco e, por isso, as instituições hospitalares devem estimular e favorecer sua implantação e operacionalização.

O estudo limitou-se a amostra de 13 profissionais atuantes em um centro cirúrgico de um hospital privado de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais. Porém, trouxe benefícios ao permitir uma abordagem reflexiva em torno do tema, percebendo-se que existe uma visão positiva ao protocolo de cirurgia segura, apesar das dificuldades encontradas para sua efetivação. Pretende-se como estudo futuro mensurar a redução de eventos adversos a partir de um estudo de coorte, comparando registros em prontuários antes da implantação do protocolo e depois da sua implantação na instituição estudada.

REFERÊNCIAS

AMAYA, Marly Ryoko; MAZIERO, Eliane Cristina Sanches; GGRITTEM, Luciano; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.246-51, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0246.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

ARAÚJO, Melina Paula Silva; OLIVEIRA, Adriana Cristina. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após implantação dos núcleos de segurança do paciente? *R. Enferm. Cent. O. Min.* [Internet], v.5, n.1, p.1542-51, jan./abr. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/807>. Acesso em: 10 out. 2016.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Ed. Rev. Ampl. Lisboa: Edições 70, 2011.

BEZERRA, Willian Rodrigues; *et al.* Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v.17, n.4, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a15.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes. História da cirurgia cardíaca no mundo. *Rev Bras Cir. Cardiovasc.* São José do Rio Preto, v.27, n.1, p.125-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/v27n1a19.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº466 de 12 de Dezembro de 2012*: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 13 set. 2016.

CAMPOS, Jacqueline Aparecida Rios; *et al.* Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. *Rev. SOBECC*. São Paulo, v.20, n.2, p.81-95, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/14144425/2015/v20n2/a5023.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

CAVALCANTE, Andrea Karla de Carvalho Barbosa *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Rev. Cubana Enferm.* Havana, v.31, n.4, 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>. Acesso em: 10 set. 2016.

CORREGGIO, Thâmy Canova; *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev. SOBECC*. São Paulo, v.19, n.2, p.62-73, abr./jun. 2014. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf. Acesso em: 15 nov. 2016.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Procedimentos hospitalares: cirurgias*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em: 10 out. 2016.

DEL CORONA, Arminda Rezende Pádua; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. *Rev. SOBECC*. São Paulo, v.20, n.3, p.179-185, jul./set. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/14144425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2016.

ELIAS, Adriana Cristina Galbiatti Paminonde; *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, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/128-133.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

FERMO, Vivian Costa; *et al.* Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v.37, n.1, p.1-9, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n1/0102-6933-rngenf-37-1-1983-144720160155716.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

FILHO, Anastácio Pinto Gonçalves; *et al.* Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. *Gest. Prod.* São Carlos, v.18, n.1, p.205-220, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

FILHO, Geraldo da Rocha Motta; *et al.* Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev. Bras. Ortop.* [Internet], v.48, n.6, p.554-562, nov./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf. Acesso em: 15 nov. 2016.

FRAGATA, José I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Rev. Port. Saúde Pública.* [Internet], v.10, p.17-26, 2010. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/3-erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

FREITAS, Marise Reis; *et al.* Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.137-148, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar o Projeto de Pesquisa*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HEYNES, Alex B.; *et al.* A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine.* [Internet], v.360, n.5, p.491-499, jan. 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical_Safety_Checklist.pdf?ua=1. Acesso em: 15 nov. 2016.

MARINQUE, Blaca Torres; *et al.* Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v.28, n.4, p.355-360, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0355.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

MAZIERO, Eliane Cristine Sanches; *et al.* Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Rio Grande do Sul, v.36, n.4, p.14-20, dez. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/53716>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MAZIERO, Eliane Cristine Sanches. Avaliação da implantação do programa cirurgia segura em um hospital de ensino. 2012, 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/01/AVALIA%C3%87%C3%83O-DA-IMPLANTA%C3%87%C3%83O-DO-PROGRAMA-CIRURGIA-SEGURA-EM-UM-HOSPITAL-DE-ENSINO.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11.ed. Hucitec: São Paulo, 2010.

MINUZZ, Ana Paula; *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v.25, n.2, p.1-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-1610015.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

MONTEIRO, Edna Lopes; *et al.* Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. *Rev. SOBECC.* São Paulo, v.19, n.2, p.99-109, abr./jun. 2014. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/07_sobecc_v19n2.pdf. Acesso em: 15 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)*. Tradução: Marcela Sanchez Nilo; Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf. Acesso em: 11 set. 2016.

PANCIERI, Ana Paula; *et al.* Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v.34, n.1, p.71-78, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; *et al.* Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. *Enferm. Glob.* [Online], v.15, n.43, p.239-249, jul. 2016. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/219751/195211>. Acesso em: 10 out. 2016.

PEREIRA, M. D; SOUZA, D. F; FERRAZ, F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Inova Saúde.* Criciúma, v.3, n.2, nov. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1746.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PINHO, Nathália Gustavo; *et al.* Papel do enfermeiro no período perioperatório para prevenção da trombose venosa profunda. *Rev. SOBECC.* São Paulo, v.21, n.1, p.28-36, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5572.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres; GONÇALVES, Renan Araújo; JÚNIOR, Hélio Casemiro Seabra. Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem. *Care online*. Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.4813-20, jul./set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4813-4820>. Acesso em: 09 set. 2016.

SILVA, Flávia Giendruczak; *et al.* Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. *Rev. SOBECC*. São Paulo, v.20, n.4, p.202-209, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n4/202-209.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

SOUZA, Ruth Francisca Freitas; SILVA, Lolita Dopico. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.22-28, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11399>. Acesso em: 08 nov. 2016.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; *et al.* Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto contexto Enf*. Florianópolis, v.15, n.3, p.464-71, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

VENDRAMINI, Regiane Cristina Rossi; *et al.* Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *REEUSP*. São Paulo, v.44, n.3, p.827-832, mai. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/39.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 5.ed. Rio de Janeiro: Bookman, 2015.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Característica do participante

1. Categoria profissional: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Tempo de atuação no bloco cirúrgico: _____

Roteiro de Entrevista

1. Descreva para mim sua vivência com o protocolo cirurgia segura.
2. Qual a sua percepção sobre o protocolo de cirurgia segura desenvolvido na instituição?
3. Você percebe desafios e/ou dificuldades para operacionalização do protocolo cirurgia segura? Quais?
 - 3.1 E quanto ao preenchimento do *checklist*?
4. Você poderia destacar algum ponto positivo ou negativo relacionada às suas vivências com o protocolo cirurgia segura? Quais?
5. Você acredita que o protocolo cirurgia segura contribui para a assistência de enfermagem? Como? (**Apenas para enfermeiros ou técnicos de enfermagem**).

APÊNDICE 2 – TEMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você Está Convidado (A) A Participar Da Pesquisa **AS VIVÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CIRURGIAS SEGURAS EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS**

1 – Introdução

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **AS VIVÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CIRURGIAS SEGURAS EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE SETE LAGOAS, MINAS GERAIS**, de autoria de professor e aluno do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida.

2 - Objetivo

Identificar nas vivências de profissionais do CC de um hospital privado de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais, as percepções sobre o protocolo cirurgia segura e os desafios para sua efetivação

3 - Procedimentos do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de grande relevância, pois irá identificar as dificuldades na implantação do protocolo de cirurgia segura pela equipe do centro cirúrgico através de uma entrevista gravada.

Vale ressaltar que a sua participação será voluntária, com total liberdade de recusar-se ou desistir em qualquer fase do estudo. O sigilo de suas informações será garantido assim como sua privacidade do anonimato, você será identificado por siglas ou pseudônimos. Os dados serão analisados e acessíveis a você, e os resultados serão utilizados para fins científicos.

Você não terá nenhuma despesa, decorrente de sua participação na pesquisa, também não haverá nenhum tipo de remuneração pela participação da mesma, sua participação é voluntária.

Deixo de forma bem esclarecedora todas as informações necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa e coloco-me a sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e se por ventura existirem, poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa Professor Délcio Fonseca, pelo telefone – 031 98892-6311 ou através do e-mail: dgpf69@hotmail.com.

4 – Declaração de consentimento

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Declaro que fui informado sobre a metodologia de estudo e que tive tempo suficiente para avaliar e entender as informações acima.

Confirmo que recebi uma cópia deste formulário (TCLE) e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como sujeito da pesquisa.

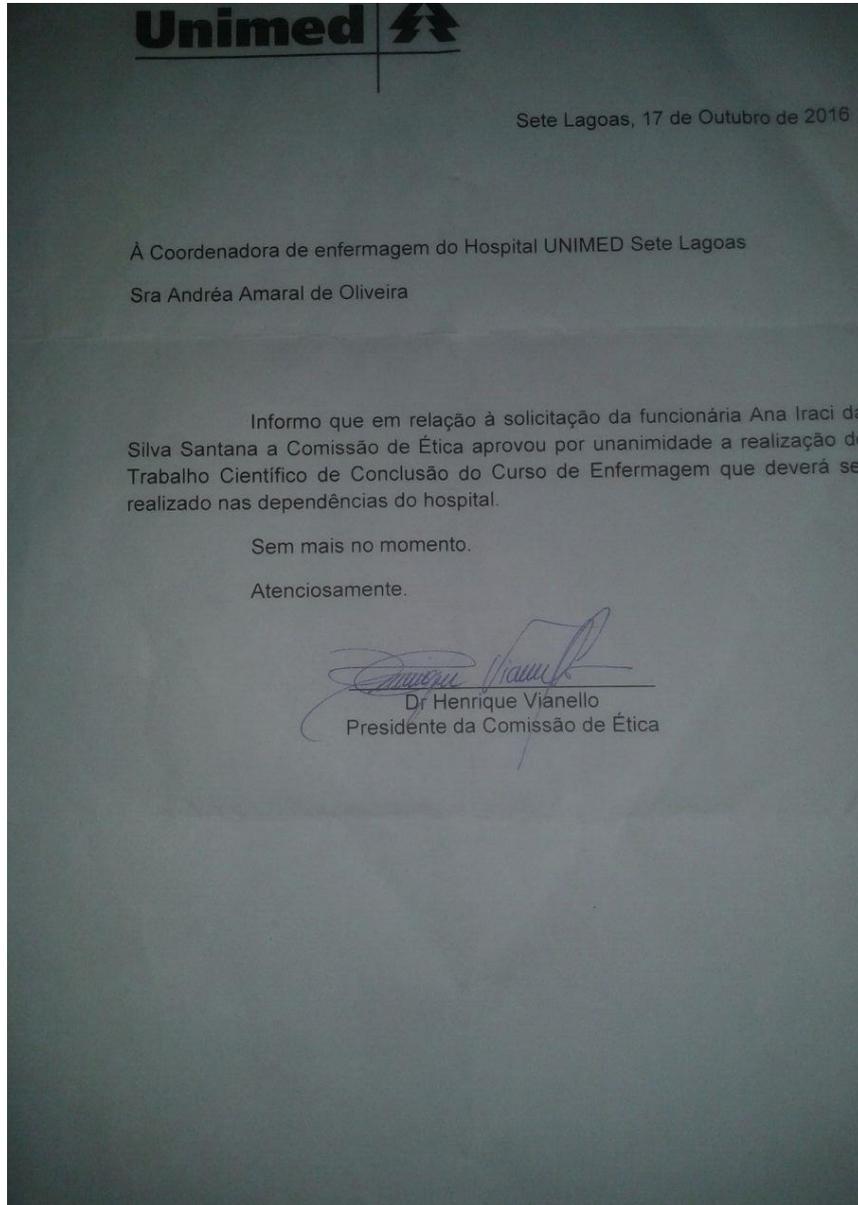
Assinatura do participante.....

Assinatura do pesquisador

Local e data

Pesquisador responsável: Delcio Fonseca

Acadêmica: Ana Iraci da Silva Santana

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

ANEXO 2 – CHECKLIST PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Antes da indução anestésica: IDENTIFICAÇÃO	Antes da incisão cirúrgica: CONFIRMAÇÃO	Antes do paciente sair da sala de operações: REGISTRO
<p>Nome do Paciente: _____ N° do Prontuário: _____ <input type="checkbox"/> Paciente Confirmou: <input checked="" type="checkbox"/> Identidade <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p>CONTROLE DA LATERALIDADE DA INCISÃO CIRÚRGICA – MARCAÇÃO DO LOCAL DA INCISÃO O Médico deverá marcar o local da incisão no ato da admissão na sala de cirúrgica antes do ato anestésico. A marcação deverá ser feita com um x no local da incisão. <input type="checkbox"/> Sítio demarcado <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Realizou consulta pré anestésica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O paciente possui alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Feito a retirada de próteses e adornos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Via aérea difícil/ Risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Equipamentos para assistência disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aparelho de anestesia testado e em condições de uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Aspirador cirúrgico testado e em condições de uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Monitor testado e em condições de uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Oxigênio pronto para uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Acesso venoso adequado para cirurgia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não N° de jelco: _____ Antibiótico profilático? <input type="checkbox"/> Sim, será administrado <input type="checkbox"/> 30 min antes da incisão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiológico e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p>Reserva de sangue confirmada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Nitrogênio pronto para uso <input type="checkbox"/> Sim N° de libras: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Eletrocautério em condições de uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Placa de cautério em local posição corretos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Instrumentais: Preparados e esterilizados dentro do prazo de validade e com os indicadores externos positivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica As imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Disponibilidade de vaga na UTI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Câmera e vídeo testados e em funcionamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> 	<p><input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado confirmado? <input type="checkbox"/> Gases, compressas e instrumentais checados? <input type="checkbox"/> Perfurocortante cortantes separados para descarte? Exames a serem devolvidos ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Material identificado para ser enviado para análise? <input type="checkbox"/> Registro na folha de sala? <input type="checkbox"/> Registro no impresso do anestesista? <input type="checkbox"/> Registro do ato cirúrgico? <input type="checkbox"/> Prescrição médica realizada? <input type="checkbox"/> Horário de dieta definido? <input type="checkbox"/> Formulário de ATB preenchido? <input type="checkbox"/> Analgésico prescrito? <input type="checkbox"/> Etiquetas do OPME devidamente coladas no prontuário?</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo do Anestesiologista responsável</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo do Cirurgião responsável</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo do Circulante de Sala</p>