

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CATIANA MOREIRA DA SILVA

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM  
HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI**

Juazeiro do Norte – CE  
2019

CATIANA MOREIRA DA SILVA

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM  
HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI**

Monografia apresentada à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO), como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Shura do Prado Farias Borges

CATIANA MOREIRA DA SILVA

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM  
HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI**

Monografia apresentada à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNI-LEÃO), como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Shura do Prado Farias Borges

Aprovado em \_\_\_\_\_ de junho de 2019.

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Shura do Prado Farias Borges  
Docente do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marlene Menezes de Souza Teixeira  
Docente do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio  
Examinador 1

---

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Bruna Bandeira Oliveira Marinho  
Docente do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio  
Examinador 2

Dedico a todos aqueles que se empenham a prestar cuidados e promover segurança ao paciente, em especial aos profissionais de Enfermagem, que com dedicação e esforços desempenham o serviço do cuidar.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, dono dos meus dias e Senhor dos meus sonhos e projetos. O qual sirvo.

Aos meus pais, Heredias e Maria das Dores, razão da qual eu tenho respeito e gratidão por terem me educado na simplicidade e hoje agradeço todos os esforços, as palavras são inenarráveis quando se fala em família. Não poderia deixar de agradecer aos meus irmãos, em especial Carlos Ribeiro da Silva, o qual sempre me ajudou para que eu pudesse concretizar meus sonhos.

Aos meus amigos Maria Tatianne Moura da Silva, Silmara Nascimento e Saulo Costa, Maria Eliane Souza e Rosalva Tenório, os quais acreditaram em mim, e com gestos e palavras foram essenciais para que eu prosseguisse meus objetivos, fazendo-me suportar as dificuldades durante esse percurso.

Ao meu amigo e futuro esposo Elton Cleberton Ferreira, por seu companheirismo e dedicação. O qual me inspira e incentiva a conquistar meus sonhos. Que Deus nos abençoe.

As minhas colegas de turma em especial Gerlandia Cavalcante Nunes, Elimar Pereira; Maria Lidiane Dias Cardoso; Elis Nayane Rodrigues, Cibele Bezerra Freitas, obrigada pela companhia e suporte durante essa caminhada.

Aos meus colegas de trabalho (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) que de forma direta ou indireta contribuíram no decorrer dessa jornada.

Aos meus professores que transmitiram seus conhecimentos, os quais os tenho como exemplo, em especial minha orientadora Shura do Prado Farias Borges, por toda orientação, apoio e paciência.

A todos os colaboradores do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, pelos serviços prestados durante o curso.

A todos aqueles que contribuíram para que eu não desistisse dos meus objetivos e que com apoio me incentivaram nas horas difíceis, meu muito obrigada.

Gratidão!

*“Deus não poderia me inspirar desejos irrealizáveis”.*  
(Santa Terezinha do Menino Jesus)

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção Hospitalar apresenta as diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente, homologando seus protocolos básicos e nestes está o protocolo de cirurgia segura vindo a apresentar a Lista de Verificação de Cirurgia Segura, publicada na Portaria de consolidação nº 2/MS/GM, aos 03 de outubro de 2017, no Diário Oficial da União, em seu Anexo XXIV. Este estudo justifica-se como um instrumento para promoção de subsídios de intervenção nas práticas dos profissionais de saúde frente à assistência de enfermagem prestada ao cliente cirúrgico. Teve como objetivo geral analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do Programa de Segurança do Paciente em uma instituição hospitalar presente no Sul do Estado do Ceará. O estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, documental, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por 316 prontuários de pacientes que passaram por cirurgia cesariana em uma maternidade de Juazeiro do Norte – CE, nos meses de novembro e dezembro de 2018, entretanto, apenas 203 prontuários obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que passaram por cirurgia nos meses de novembro e dezembro no ano de 2018. Sendo excluídos da pesquisa, além daqueles que não se adequaram aos critérios, bem como, prontuários com dados ilegíveis. Dos 203 prontuários avaliados 99,1% registraram a identificação do paciente, porém, 42,86% dos prontuários, apresentavam a data de admissão do paciente na instituição hospitalar. Ressalta-se que apenas 82,26% dos checklist apresentaram o registro do tipo de procedimento a ser realizado no paciente e 28,57% prontuários registravam a confirmação sobre jejum cirúrgico. Entretanto, nenhum dos checklists constava registro sobre a reserva de sangue para casos de perda sanguínea. A presente pesquisa averiguou que 71,43% dos prontuários não havia o registro da confirmação do jejum no pré-cirúrgico. A assinatura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do paciente foi registrada em 82,76%, mas a equipe médica, assinou apenas em 39,41%. Em relação ao registro da demarcação do sítio cirúrgico 76,85% dos prontuários foram checados. Evidenciou que a confirmação da administração da profilaxia antimicrobiana foi registrada em 85,20% das cirurgias e somente 91,13%, constavam o registro quantitativo de compressas abertas, dos quais 87,19% são de registros de compressas desprezadas. Quanto ao registro de identificação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos checklists, o técnico de enfermagem foi o profissional com maior registro de identificação na fase pré-operatório, 62,56%, e no pós-operatório com 60,10%, enquanto a identificação do enfermeiro responsável no pré e pós-operatório, correspondeu a 61,08% e 50,25%, respectivamente. Pode-se concluir que a adesão ao protocolo de cirurgia segura ainda é um desafio na assistência ao paciente cirúrgico e faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que intensifique a cultura de segurança do paciente por parte dos profissionais e gestores em saúde, onde o uso de tecnologias em saúde pode ser uma proposta para a inserção da cultura de notificação de registros no âmbito da promoção a saúde.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Lista de Checagem. Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

The National Policy on Hospital Attention presents the guidelines of the National Patient Safety Policy, ratifying its basic protocols and in these is the protocol of safe surgery presenting the Check List of Safe Surgery, published in Administrative Rule N°. 2 / MS / GM, on October 3, 2017, in the Official Gazette of the Union, in its Annex XXIV. This study is justified as an instrument to promote intervention subsidies in the practices of health professionals regarding the nursing care provided to the surgical client. The general objective was to analyze the quality of records in medical records regarding the applicability of the Safe Surgery protocol of the Patient Safety Program at a hospital in the southern state of Ceará. The study was a descriptive, exploratory, documental research, with a quantitative approach. The study population consisted of 316 records of patients who underwent cesarean surgery in a maternity hospital in Juazeiro do Norte - CE, in November and December 2018, however, only 203 medical records obeyed the following inclusion criteria: medical records of patients aged 18 years and over who underwent surgery in November and December in the year 2018. Being excluded from the research, besides those that did not fit the criteria, as well as medical records with illegible data. Of the 203 medical records evaluated, 99.1% registered the patient's identification, but 42.86% of the medical records presented the date of admission of the patient in the hospital. It is noteworthy that only 82.26% of the checklists presented the record of the type of procedure to be performed in the patient and 28.57% of the records recorded the confirmation on surgical fasting. However, none of the checklists included a record of the blood reserve for cases of blood loss. The present study verified that 71.43% of the medical records did not record the confirmation of the pre-surgical fasting. The signing of the Informed Consent Term (TCLE) by the patient was registered in 82.76%, but the medical team signed only in 39.41%. Regarding the registration of the surgical site demarcation, 76.85% of the medical records were checked. It was evidenced that the confirmation of the administration of antimicrobial prophylaxis was registered in 85.20% of the surgeries and only 91.13% consisted of the quantitative registry of open compresses, of which 87.19% are from records of discarded compresses. As for the identification register of the professionals responsible for completing the checklists, the nursing technician was the professional with the highest identification record in the preoperative phase, 62.56%, and in the postoperative phase with 60.10%, while identification of the nurses responsible in the pre- and postoperative period, corresponded to 61.08% and 50.25%, respectively. It can be concluded that adherence to the safe surgical protocol is still a challenge in the surgical patient care and it is necessary to develop strategies that intensify the culture of patient safety by health professionals and managers, where the use of health technologies can be a proposal for the insertion of the culture of notification of records in the scope of health promotion.

**Keywords:** Patient safety. Check list. Health Care.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Faixa etária de pacientes que realizaram cesarianas nos meses de novembro e dezembro de 2018. ....	36
<b>Tabela 2</b> – Registro do preenchimento dos dados admissionais do paciente no período pré-operatório .....	37
<b>Tabela 3</b> – Registro do preenchimento da condição do paciente no período pré-operatório .....	38
<b>Tabela 4</b> – Registro do preenchimento de verificação da presença de exames de apoio diagnóstico. ....	40
<b>Tabela 5</b> – Registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de Cirurgia. ....	40
<b>Tabela 6</b> – Registro do preenchimento do checklist no período antes da indução anestésica (dentro do centro cirúrgico) 1º momento.....	42
<b>Tabela 7</b> – Registro do preenchimento do checklist no período antes da incisão cirúrgica/ transoperatório / prevenção de riscos (2º momento) .....	43
<b>Tabela 8</b> – Registro do preenchimento do checklist no período antes da incisão cirúrgica/ transoperatório / prevenção de riscos (2º momento) .....	44
<b>Tabela 9</b> – Tempo cirúrgico das cirurgias cesarianas realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2018, em um hospital da região do Cariri.....	45
<b>Tabela 10</b> – Registro do preenchimento do checklist antes da saída do paciente da sala cirúrgica (3º momento) .....	47

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Quantitativo de prontuários referente aos meses de novembro e dezembro de 2018. ....	35
<b>Gráfico 2</b> – Preenchimento dos Registros dos sinais vitais e medidas antropométricas no período pré-operatório em checklist de cirurgia segura. ....	38
<b>Gráfico 3</b> – Registro do preenchimento da condição de alergia do paciente no checklist de cirurgia segura. ....	40
<b>Gráfico 4</b> – Preenchimento do checklist quanto ao registro de contagem de compressas no período transoperatório. ....	46
<b>Gráfico 5</b> - Registro de identificação do profissional responsável pelo preenchimento do checklist antes e depois do procedimento cirúrgico.....	48

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRAJUBAR	Crato, Juazeiro e Barbalha
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EA	Eventos Adversos
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NHSN	National Healthcare Safety Network
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMC	Região Metropolitana do Cariri
SADT	Serviço de Apoio ao Diagnóstico e a Terapêutica
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TEMP	Temperatura
TFD	Termo de Fiel Depositário
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNILEÃO	Centro Universitário Doutor Leão Sampaio

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1	OBJETIVO GERAL .....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
3.1	O PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	18
3.2	PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	19
3.3	PROTOCOLOS BÁSICOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE .....	21
3.3.1	O Protocolo para Cirurgia Segura e a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica .....	22
3.4	EQUIPE CIRÚRGICA FRENTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA .....	24
3.4.1	A Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura .....	25
3.5	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO ..	26
3.5.1	A Enfermagem no Centro Cirúrgico .....	26
3.5.2	A Assistência Cirúrgica: Classificações e Definições .....	27
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	31
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	31
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
4.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	33
4.5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....	34
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
5.1	PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.....	36
5.2	PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO) 1º MOMENTO.....	41
5.3	PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA/TRANSOPERATÓRIO/PREVENÇÃO DE RISCOS (2ºMOMENTO).....	43
5.4	PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA (3ºMOMENTO) .....	47
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51

<b>APÊNDICE (S)</b> .....	56
<b>APÊNDICE A</b> – Solicitação para Entrada de Campo .....	57
<b>APÊNDICE B</b> – Solicitação de Dispensa de Uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	58
<b>ANEXO (S)</b> .....	59
<b>ANEXO A</b> – Declaração de Anuência da Instituição Coparticipante .....	60
<b>ANEXO B</b> – Termo de Fiel Depositório.....	61
<b>ANEXO C</b> - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa CEP- UNILEÃO.....	64

## 1 INTRODUÇÃO

Aos 03 de outubro de 2017, no Diário Oficial da União, o Ministério da Saúde, lança a portaria de consolidação nº 2, onde no Anexo XXIV, é atualizada a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que em seu escopo apresenta as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Para esta considera-se por hospital, o repartimento de atendimento complexo, que se utiliza de tecnologias de caráter multiprofissional e interdisciplinar, a fim de prestar serviços de assistência aos usuários em condições de cuidados específicos, sejam eles, agudos ou crônicos, por meio de regime de assistência continuada, ou de internação ou de ações que promovam saúde, previnam agravos, permitam diagnósticos, tratamentos e reabilitações dos necessitados de cuidados (BRASIL, 2017a).

Dentre os eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em seu parágrafo 7, artigo 12, da seção I, do capítulo III, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/MS/GM, de 28 de setembro de 2017, cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de Julho de 2013, a fim de que elabore um Plano de Segurança do Paciente, e garanta a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2017a).

Para a RDC 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considera-se por núcleos de segurança do paciente (NSP) a esfera do serviço de saúde com a proposta de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Já o plano de segurança do paciente em serviços de saúde um conjunto de registros que permite identificar situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para o gerenciamento de risco visando a prevenção e amenizar incidentes, desde a admissão até a alta do paciente nos serviços de saúde. Esses dois atributos quando de fato implantados garantem a segurança do paciente, que é vista como todo ato que promova a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado a atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Para a implementação da Política de Segurança do Paciente embasa-se em protocolos, eles exigem investimentos necessário para sua concretização e a falta deles contempla uma magnitude de erros e eventos adversos que põem em risco a vida do paciente. Os protocolos básicos de segurança do paciente são: identificação do paciente, prevenção de úlceras por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas, os quais tem como característica serem protocolos sistêmicos, gerenciados, promoverem a melhoria da comunicação,

constituírem instrumentos para construir uma prática assistencial segura, oportunizarem a vivência do trabalho em equipe e permitirem o gerenciamento de riscos (BRASIL, 2018a).

Ao tomar conhecimento da atualização da Política Nacional de Atenção Hospitalar e ciente da importância de se implementar os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o estudo teve como objetivo analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do Programa de Segurança do Paciente por parte da equipe multiprofissional em uma instituição hospitalar presente no Sul do Estado do Ceará. Procurou-se tomar como base de referência para coleta de informações do estudo a região CRAJUBAR, composta pelos municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha.

Tendo como base os relatórios assistenciais fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na plataforma TABNET (BRASIL, 2018b), onde se encontram registradas as informações da produção hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e de acordo com os dados apresentados por ano de atendimento, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, além do consolidado dos habitantes atendidos nesse complexo urbano, quer nas instituições hospitalares de origem ou de referência, contabilizou-se um montante de 262.321 (duzentos e sessenta e dois mil trezentos e vinte e um) cirurgias.

Desta quantia (262.321), 37,76% das cirurgias aconteceram no município do Crato, 35,97% das cirurgias ocorreram em Juazeiro do Norte, e 26,27% das cirurgias na cidade de Barbalha. Entretanto, quando se avalia o quantitativo de internações registradas com códigos referentes ao tratamento de lesões e outras causas externas, identifica-se 12.477 (doze mil quatrocentos e setenta e sete) internações, equivalente a 4,76% das cirurgias registradas. Destas, as ocorridas devido a complicações de procedimentos cirúrgicos e clínicos chega a 10,31%, superada apenas pelas internações para tratar traumatismos de localização especificada ou não especificada (65,10%) (BRASIL, 2018b).

Ao se avaliar a razão entre as internações por procedimentos cirúrgicos e cirurgias realizadas no âmbito do SUS, considerando os municípios de cada uma das cidades em questão, e os critérios de referência e contra referência, e o total de cirurgias e de internações ocorridas entre janeiro de 2008 a dezembro de 2017, percebe-se que Juazeiro do Norte é o município que possui a maior razão de internações por complicações de procedimentos cirúrgicos (0,71%), acompanhada por Crato (0,40%) e por fim, Barbalha (0,31%).

Diante disso, considerando a importância da promoção de cirurgia segura, identificada no índice internação devido a complicações/procedimento cirúrgico, e sabendo que a finalidade do protocolo de cirurgia segura é estabelecer medidas a serem instituídas a fim de reduzir casos

de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, favorecendo o aumento da segurança da prática de procedimentos cirúrgicos, utilizando-se da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) (BRASIL, 2013b), esse estudo justifica-se como um instrumento para promoção de subsídios de intervenção nas práticas dos profissionais de saúde frente à assistência de enfermagem prestada ao cliente cirúrgico, bem como, contribuir para a educação continuada das instituições de ensino e instituições que prestam serviços de saúde, colaborando na qualidade do cuidado, destacando o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

A pesquisa torna-se relevante por proporcionar as instituições hospitalares uma autoavaliação referente a qualidade da assistência prestada ao paciente cirúrgico, bem como, um embasamento para avaliar a adesão dos protocolos básicos de Segurança do Paciente por parte dos gestores e profissionais de saúde. Tem-se como hipótese que possam existir dificuldades ou não na adesão ao protocolo de cirurgia segura e que a avaliação do preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura nos registros por parte da equipe multiprofissional, podem informar sobre as principais práticas assistenciais dos profissionais de saúde relacionada a prática da segurança do paciente, permitindo ajustes necessários com a finalidade de melhorar a assistência.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do Programa de Segurança do Paciente em uma instituição hospitalar presente no Sul do Estado do Ceará.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar o uso do protocolo de cirurgia segura do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Verificar se as medidas de segurança estão sendo utilizadas;
- Identificar a adesão ao preenchimento na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) empenhada na melhoria da assistência a segurança do paciente, criou a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) tem por objetivo organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas que reduzam os riscos e os eventos adversos relacionados a assistência frente ao paciente (BRASIL, 2018c).

O Grupo de Projeto criado pela World Alliance for Patient Safety implementou um programa de trabalho iniciando com a definição, harmonização e agrupamento dos conceitos de segurança do paciente numa classificação internacional, ela traz como objetivo promover a aprendizagem e a melhoria da segurança do paciente nos sistemas de saúde (OMS, 2011).

Segundo Brasil (2013c), a Segurança do Paciente é definida como as ações adotadas a fim de reduzir a um mínimo considerável o risco de dano desnecessário relacionados a assistência à saúde. Visto que, o dano ao paciente é compreendido como todo comprometimento da estrutura ou funcionalidade do corpo/ e ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo este acometer seu estado físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013c).

Ainda de acordo com Brasil (2013c), eventos adversos são imprevistos que ocasionam dano ao paciente. Incidentes estes que devem ser notificados a fim de proporcionarem melhoras nas ações desenvolvidas pelas equipes que prestam assistência ao paciente. Os incidentes relacionados a assistência à saúde, e em particular os eventos adversos, representam elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

Segundo estudo em um centro cirúrgico de uma unidade hospitalar de Porto Alegre, os eventos adversos são definidos como ações que resultaram em danos como bacteremia, erro de medicação, extravasamento, flebite, queda, retirada de acesso ou cateter, lesão por pressão, reação adversas, parada cardiorrespiratória, distúrbios glicêmicos como hiper ou hipoglicemia; outros eventos são classificados em erro de processo, irregularidade ou alteração em materiais (SILVA, 2015).

Estudo realizado em três hospitais do interior da cidade de São Paulo com profissionais de Enfermagem 225 (72,5%), destes, 21 (17,4%) apontaram dificuldades com relação ao sistema de notificação de eventos adversos (EA) como sendo um dos principais problemas em realizar a notificação do evento (FEREZIN et al., 2017).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente a cada ano estabelece programas que buscam melhorias na execução da segurança do paciente, o mesmo a cada dois anos são formulados novos desafios para estimular o comprometimento mundial, enfatizando-os para uma área de risco observado (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde destacou dois desafios globais, que são eles: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, através da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adesão de uma lista de verificação utilizada antes, durante e após o procedimento cirúrgico (BRASIL, 2014).

Segundo Henriques, Costa e Lacerda (2016), diante das constantes atualizações no contexto profissional relacionado a Segurança do paciente e da crescente preocupação da OMS em promover um processo de cirurgia segura para o paciente, espera-se propiciar ao paciente um processo de recuperação positivo, resguardar de eventos adversos referentes à assistência insegura e despreparada.

Portanto, faz-se necessário uma adesão significativa dos protocolos por parte dos profissionais, bem como, atualização deles, reforçando a cultura de segurança do paciente e consequentemente minimizando a ocorrência de eventos adversos, resultando em uma assistência segura e de qualidade.

### 3.2 PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O programa de segurança do paciente através da instituição de gestão de riscos e do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), tem por objetivo estimular, apoiar e envolver profissionais, familiares e pacientes em ações voltadas a proporcionar a melhoria do acesso a informações relacionadas a segurança do paciente, além de elaborar, estruturar e propagar conhecimentos referente ao assunto, incentivando a inclusão do tema segurança do paciente nas instituições educacionais nas modalidades de ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013c).

De acordo com Brasil (2013c), o Programa de Segurança do Paciente estabelece ferramentas que favorecem a implantação do programa, como a elaboração e apoio a execução de protocolos, guias e manuais; promoção de capacitação de profissionais e equipes de saúde, elaboração de campanhas de comunicação social voltadas aos gestores, usuários de saúde e comunidade promovendo desta forma a promoção da cultura de segurança e vinculando com o

ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação a inserção do tema segurança do paciente no currículo dos cursos de formação em saúde.

A Anvisa publicou a RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013 com a finalidade de firmar a obrigação da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, o qual tem por função principal integrar os diferentes setores que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como personagem principal na oferta de cuidados em saúde, este deve ser ofertado com segurança independentemente do tipo de cuidado dispensado. Ao Núcleo de Segurança do Paciente compete a tarefa de promover a formulação dos processos de trabalho e informações que impactem nos riscos ao paciente (BRASIL 2016a).

Devem ser instituídos nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis e militares, incluindo as instituições de ensino e pesquisa os Núcleos de Segurança do Paciente. Em seu escopo a RDC nº 36 exclui os serviços de consultório individualizados, os laboratórios clínicos, os serviços móveis e os de atenção domiciliar, bem como, as instituições de longa permanência de idosos e os serviços de atenção a pessoas com transtornos por dependência de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2013a).

Segundo Brasil (2016a), devem constituir o NSP os integrantes da organização, que de preferência conheçam o processo de trabalho e que tenham características de líder, compondo uma equipe multidisciplinar de médico, farmacêutico e enfermeiro, capacitada nas questões relacionadas a qualidade de segurança do paciente. De acordo com a RDC nº 36/2013 o Núcleo de Segurança do Paciente deverá elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente, bem como realizar notificação de eventos adversos nos casos relacionados a assistência no serviço de saúde (BRASIL, 2013a).

**Figura 1** – Elaboração do Plano de Segurança do Paciente, segundo o método 5W2H.

QUESTÕES	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
O quê?	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem?	Quem será o responsável pela implantação e condução da ação?
Por quê?	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde?	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando?	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como?	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto?	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)

FONTE: BRASIL, 2016a.

Para a construção do Plano de Segurança do Paciente, Brasil (2016a) sugere a utilização de métodos que permitam responder as perguntas que interpõem a organização da segurança do paciente como o método dos 5W2H (Figura 1), as quais correspondem as perguntas em inglês *What* (o quê?), *Why* (por quê?), *Where* (onde?), *Who* (quem?), *When* (quando?) *How* (como?) e *How much* (quanto custa?). Com este recurso, pode-se, logo após a identificação dos problemas principais e a realização da análise das causas, o núcleo de Segurança do Paciente poderá inserir no Plano de Segurança do Paciente as ações para extinguir, diminuir, controlar ou evitar possíveis riscos, através de medidas práticas.

### 3.3 PROTOCOLOS BÁSICOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Ministério da Saúde através da Portaria 1.377 estabeleceu a criação dos seguintes protocolos básicos de segurança do paciente: protocolo de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão, os mesmos devem ser utilizados nas instituições de saúde do território brasileiro com a finalidade de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2013d).

Com isso, em 24 de setembro de 2013, através da portaria 2.095 foram instituídos mais três protocolos básicos de segurança do paciente, que tem por finalidade a prevenção de quedas, o protocolo de identificação do paciente e o protocolo de Segurança na prescrição uso e administração de medicação, podendo ser adaptados de acordo com a realidade do serviço de saúde (BRASIL, 2013e).

Estudo realizado em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com a finalidade de investigar o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente constatou que a identificação do paciente, a sinalização do grau de risco para queda, risco para a lesão por pressão, identificação de soluções administradas e investigação de alergias representam as maiores precariedades em relação à adesão as práticas básicas para a Segurança do Paciente (PAIXÃO et al., 2018). O citado autor, sugere em seu estudo a investigação das condições de segurança do paciente nos procedimentos que em sua totalidade constituem risco para eventos adversos, como é o caso dos procedimentos invasivos (PAIXÃO et al., 2018).

Com isso, percebemos o quão necessário é a prática dos protocolos básicos de segurança do paciente, eles proporcionam aos profissionais melhores condições das práticas de segurança do paciente, com custo e aplicabilidade consideradas acessíveis as instituições prestadoras de serviços de saúde.

### 3.3.1 O Protocolo para Cirurgia Segura e a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Tendo como finalidade a redução de ocorrências de eventos adversos e mortalidade do paciente cirúrgico e com seu uso a realização de práticas seguras nos procedimentos cirúrgicos, o protocolo de cirurgia segura traz em sua estruturação a adesão da lista de segurança do paciente (BRASIL, 2013b). Elias et al (2015), afirma que a lista de verificação além de trazer bons resultados para o paciente, proporciona melhor comunicação entre os profissionais que compõe a equipe cirúrgica, o que favorece a qualidade da assistência.

Brasil (2013b), refere que a utilização do protocolo deve abranger todas as instituições de saúde que realizem procedimentos sejam eles de finalidade terapêutica ou diagnóstica, que em sua essência necessite a incisão de estruturas humana ou mesmo procedimentos que necessitem de introdução de instrumentos para obtenção de exames, sejam eles no centro cirúrgico ou não, sobre a responsabilidade seja qual for o profissional de saúde que o execute.

Brasil (2013b), descreve de maneira explicativa a estruturação da lista de verificação de cirurgia segura (LVSC) a qual é composta de três fases que são preenchidas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia, contemplando dessa forma as etapas do processo cirúrgico.

**Figura 2** – Lista de verificação de segurança cirúrgica

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

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

De acordo com Brasil (2013b), no processo cirúrgico é necessário:

- Antes da indução anestésica o profissional que for realizar o preenchimento da lista de verificação, ficará responsável por verificar verbalmente com o paciente que foram realizados a identificação do mesmo, bem como confirmar o local e tipo de procedimento, verificar o esclarecimento e consentimento para a realização da anestesia e tipo de cirurgia e confirmar a demarcação cirúrgica de forma visual, nesta mesma fase realiza-se a monitorização e avaliação da funcionalidade do monitor ao paciente, devendo-se revisar com o anestesiológico riscos de perda sanguínea, vias aéreas de difícil acesso e possíveis alergias.
- Na fase antes da incisão cirúrgica ocorre a pausa cirúrgica onde a equipe realiza a apresentação de cada participante da equipe cirúrgica referindo nome e função; verifica-se o tipo de cirurgia; paciente e sítio cirúrgico correto; utiliza-se de linguagem verbal com a equipe; verifica-se a administração de antimicrobianos profilático nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica e confirmação de acesso a exames de imagem caso ao decorrer da cirurgia seja necessário.
- Antes do paciente sair da sala de cirurgia: o profissional deve confirmar a contagem de compressas e instrumentais de início e término do procedimento, realizar a identificação de amostras obtidas no ato cirúrgico, revisar e apresentar os equipamentos que apresentaram inadequado funcionamento para posterior resolução; rever o plano de cuidados após ato cirúrgico e pós anestésico relacionando-o a recuperação do paciente antes de realizar a transferência do paciente da sala cirúrgica para setor de destino.

Nesse contexto a OMS (2009), alerta que o condutor da lista de cirurgia segura deve impedir que a equipe de cirurgia prossiga as etapas de procedimento caso alguma etapa da lista não tenha sido executada de forma satisfatória, no entanto o mesmo refere que tais condutas possam causar irritações a outros membros da equipe.

Brasil (2013b) reforça alegando que o condutor da lista de verificação devesse checar se a equipe completou as etapas antes de prosseguir para outras fases do procedimento, caso itens não estejam em conformidades com o preconizado pelo protocolo, deverá realizar pausa e o paciente permanece em sala até que seja resolvida a etapa não realizada. Para Elias et al (2015), embora a adesão a lista não exija altos custos para sua prática, as equipes ainda encontram dificuldades na sua aplicabilidade.

### 3.4 EQUIPE CIRÚRGICA FRENTE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

A equipe cirúrgica é definida pelo Ministério da Saúde no protocolo de cirurgia segura como equipe de profissionais que participa da cirurgia através da assistência ao paciente cirúrgico, composta por cirurgiões, anestesiólogos e profissionais de enfermagem (BRASIL, 2013b).

Conforme Corona e Peniche (2015), o protocolo de cirurgia segura apresenta itens que serve de roteiro para o profissional indicado ao preenchimento confirmar com a equipe cirúrgica a qual é composta de anestesista, cirurgiões e instrumentador, a fim de avaliar se as etapas do roteiro da lista de verificação foram concluídas.

A comunicação da equipe em todo o processo cirúrgico deve prevalecer, uma vez que, a comunicação antes, durante e após o procedimento, permite melhor preparo da equipe frente a ocorrências inesperadas. Algumas instituições atribuem o preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica ao profissional de enfermagem, no entanto o manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” reforça que qualquer profissional de saúde pode coordenar o processo da LVSC (OMS, 2009).

Em suas atribuições de cada profissional, referente aos passos do processo de cirurgias seguras salvam vidas e o protocolo de cirurgia segura, respectivamente criados pela Organização Mundial da Saúde (2009) e Ministério da Saúde / ANVISA, Brasil (2013b), citam as seguintes atividades a equipe cirúrgica:

- O cirurgião antes da incisão o cirurgião deverá assegurar que a equipe esteja ciente das etapas do procedimento, dos eventuais riscos de perda sanguínea em quantidade excessiva, da necessidade de equipamentos extras, e de possíveis mudanças no roteiro da cirurgia que possam desviar da prática rotineira; além da certificação da equipe da disponibilidade de acesso a exames de imagem na sala de operação de forma acessível e visível; ao final da operação antes do cirurgião realizar retirada dos campos cirúrgicos deverá informar a equipe se foram realizadas alterações durante o procedimento que fogem do conhecimento da equipe que podem vir alterar a assistência ao paciente como a inclusão de antimicrobianos, profilaxia para tromboembolismo, tipo de dieta e cuidados relacionados a ferida operatória. O mesmo deve registrar nome do procedimento, assistentes, detalhes do procedimento e perda sanguínea.



- Ao profissional anestesiológico incube a atividade de informar preocupações referente a segurança do paciente como dificuldades no preparo para reanimação em caso de perda sanguínea considerável, ou comorbidades que levem a riscos durante a anestesia, devendo proporcionar uma recuperação segura. Nos registros da operação o anestesiológico deverá incluir os parâmetros relacionados a hemodinâmica do paciente, registrar medicamentos ou fluidos administrados no período do transoperatório e instabilidades apresentadas pelo paciente no decorrer do ato cirúrgico.
- A equipe de enfermagem em sua condição de assistente deverá informar a todos que compõe a equipe cirúrgica possíveis falhas ou falta de equipamentos especiais que possam se fazer necessários, notificar a equipe sobre preocupações durante a cirurgia e/ou recuperação anestésica. Nas anotações de registros de operação, a equipe de enfermagem deve registrar contagem de compressas, agulhas e instrumentais, bem como, realizar identificação de amostras patológicas, documentar equipamentos com defeitos durante o procedimento cirúrgico, realizando todas as etapas citadas de forma documental e verbalmente com todos da equipe cirúrgica.

Corona e Peniche (2015), destaca a importância da equipe multiprofissional que trabalha em conjunto em consonância, disciplina e organização, prevalecendo a valorização da cultura de segurança do paciente por todos os envolvidos.

### 3.4.1 A Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura

O profissional de enfermagem enquanto líder da equipe de enfermagem deve estar alerta em relação aos registros do paciente, pois a partir destes pode-se assegurar que os cuidados de enfermagem foram dispensados, como também permite que a equipe se respalde de forma legal (PEREIRA, 2018).

Elias et al (2015), analisou em seu estudo que dos itens que compõem a lista de verificação de cirúrgica segura, as fases de pré-operatório como por exemplo identificação do paciente; antes da incisão cirúrgica e saída do paciente foram os itens com menos preenchimento.

Em estudo que analisou a adesão ao checklist em cirurgias na especialidade de ortopedia 91,5% dos itens do checklist foram preenchidos e 0,2% de modo inválido. Neste 80% dos sítios cirúrgicos estavam marcados. No entanto, 96,1% não havia a confirmação do jejum (AMAYA et al, 2015).

Para Pereira et al (2018), a fim de favorecer a segurança do paciente é fundamental que no prontuário sejam registradas alergias, identificação e checagem das medicações antes de realizar a administração afim de minimizar riscos.

No entanto, de acordo com os autores acima citados, em estudo comparativo realizado em três hospitais, a respeito da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em pós-operatório imediato, dois dos hospitais (A e B), continham registros de alergias em todos os prontuários avaliados, sendo que uma instituição (A) 30% dos prontuários havia ausência dos registros citados anteriormente, apresentando uma impermanência da assistência (PEREIRA et al., 2018).

Segundo estudo, após os enfermeiros do centro cirúrgico realizarem capacitação relacionado ao preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, os casos de checklist em branco tiveram redução, no entanto de acordo com a pesquisa, o número de checklist preenchidos incompleto aumentaram (ELIAS et al., 2015).

### 3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

#### 3.5.1 A Enfermagem no Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico tem como objetivo receber o paciente e atender em sua totalidade da melhor forma possível, independente do procedimento eletivo de urgência ou emergência, ele deve proporcionar a equipe cirúrgica condições favoráveis para a prestação de serviço, bem como, um ambiente seguro para o paciente no decorrer do atendimento (MOURA, 2010).

O ambiente cirúrgico apresenta-se como um de aspecto grosseiro e de temperatura fria, o qual apresenta precauções necessárias para controlar e/ou manter os princípios de assepsia através de seu controle rigoroso de restrições de acesso em seus compartimentos, obedecendo a padrões de tráfego visando diminuir a presença de microrganismos, passando a ser dividido por área restrita, área semirrestrita e área não restrita ( BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

A equipe de Enfermagem que realiza práticas assistências no centro cirúrgico é composta por profissionais dos vários níveis de categoria. São eles: Enfermeiro (a); técnico de Enfermagem; circulante de sala e instrumentador cirúrgico, cada qual com responsabilidades diversas (MOURA, 2010). Para Perry, Potter e Elkin (2013), a segurança do paciente é um fator que engloba todo o trabalho da enfermagem, uma vez que, entende-se por segurança a ausência

de danos seja eles físico ou psicológico. Portanto, os enfermeiros são responsáveis por identificar e reduzir ou eliminar os riscos referentes aos cuidados prestados ao paciente.

Segundo estudo, a assistência de enfermagem na segurança do paciente está presente em estudos que tratam de assuntos como: implantação de protocolos de assistência, boletim de notificação de eventos adversos, uso de checklist da cirurgia segura e utilização do diagnóstico de Enfermagem na redução de riscos (SILVA, 2016). No entanto, o conhecimento dos profissionais de saúde relacionado aos eventos adversos, bem como a realização de notificação, ainda é considerado insatisfatório, onde relata-se o receio em expor os erros devido a práticas punitivas de algumas instituições (SILVA, 2016).

A notificação de um evento adverso registrado de forma organizada contribui para a elaboração de planos de ação que visem a melhoria na assistência cirúrgica, visto que o registro inadequado favorece a um comprometimento na assistência prestada ao paciente, por limitar a análise dos serviços que fazem a gerência dos registros de notificação dos eventos adversos (SILVA et al., 2015).

### 3.5.2 A Assistência Cirúrgica: Classificações e Definições

As rotinas dos procedimentos do período perioperatório são programadas com base no tipo de cirurgia, quanto ao potencial de contaminação e quanto ao porte de cirurgia relacionada aos sistemas e ao tempo cirúrgico. Sendo a assistência ao paciente desenvolvida de acordo com cada classificação (CHEREGATTI, 2012).

O período perioperatório é composto por etapas que determinam as fases da experiência cirúrgica, o qual define os pontos específicos do início e término do evento cirúrgico, que são divididos em três fases: fase pré-operatória, fase intraoperatória e fase pós-operatória (BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

A fase pré-operatória inicia-se quando é tomada a decisão de intervir de forma cirúrgica em um determinado processo e termina quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia (BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

O período pré-operatório e a fase em que são tomadas as medidas para preparar o procedimento cirúrgico, serão realizados os exames laboratoriais e de imagem; faz-se a avaliação do risco operatório, inclusive agendamento, internação e acolhimento no centro cirúrgico. Neste período o profissional de enfermagem participar das intervenções de enfermagem propriamente dita quando o paciente se interna na unidade hospitalar (OLIVEIRA, 2016).

Para Coppetti, Stumm e Benetti (2015), o profissional de enfermagem realiza práticas que são direcionadas para os cuidados da pele como a tricotomia, orientações quanto a banho e administração de clister no paciente no período pré-operatório, essas práticas são de importância considerável pois permite um preparo adequado e diminuem os riscos de infecção característico de processos cirúrgicos invasivo e considerados de grande porte.

A fase intraoperatória inicia-se quando o paciente é deslocado para a mesa de sala de cirurgia e termina quando paciente é admitido na SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica), sendo iniciado após a admissão na SRPA a fase pós-operatória onde a mesma termina com a avaliação de acompanhamento seja ele via ambiente clínico ou domiciliar (BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

No intraoperatório o profissional de enfermagem deve se preocupar com a segurança do paciente, uma vez que, o cliente encontra-se impossibilitado de reagir durante o período de narcose causado pela anestesia, com isso é de responsabilidade da equipe cirúrgica proteger o paciente contra qualquer agravo que venha a causar danos físicos ao paciente (OLIVEIRA, 2016).

Brunner e Suddarth (2014), ressalta a importância da atuação da enfermagem como defensora do paciente defendendo e minimizando ações desumanizantes como comentários relacionados a aparência do paciente no momento de exposição na sala operatória, devendo proporcionar ao paciente um ambiente seguro, respeitando o mesmo em seus aspectos biopsicossocial favorecendo a privacidade e integridade, além da confiança mútua do paciente para com os profissionais.

No período intraoperatório o curativo da ferida cirúrgica deve ser feito pelo cirurgião ou enfermeiro; ao término da sutura da pele, utiliza-se de soro fisiológico, gazes estéreis que devem ser fixadas com coberturas de preferência hipoalergênica, faz-se necessário que o enfermeiro observe e comunique ao cirurgião a presença de secreção ou sangramento excessivos durante a realização do curativo (OLIVEIRA, 2016).

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616, de 12 de maio de 1998, as cirurgias são classificadas pelo potencial de contaminação da ferida cirúrgica onde são classificadas em cirurgias limpas, cirurgia potencialmente contaminadas; cirurgias contaminadas e cirurgias infectadas, sendo as infecções pós-operatórias avaliadas de acordo com o potencial de contaminação da ferida cirúrgica (BRASIL, 1998).

No pós-operatório o enfermeiro tem a função de prestar assistência ao paciente referente a estabilização dos padrões hemodinâmicos, através da monitorização dos sinais vitais, dor, bem como, realizar a observação e anotação do balanço hídrico por meio dos ganhos e perdas

através de sondas e drenos. O plano de cuidados da enfermagem deve conter cuidados com acesso venosos, drenos, cuidados com a ferida cirúrgica, segurança e conforto do paciente (OLIVEIRA, 2016).

A Lista de Verificação Segurança Cirúrgica deve ser utilizada em todas as etapas do processo perioperatório, sendo importante que a enfermagem observe se estão presente o consentimento ou autorização para o procedimento devidamente assinado pelo paciente registros preenchidos de anamnese e exame físico e presença de alergias, maximizando dessa forma a segurança do paciente e com isso permite que os profissionais intervenham de forma imediata caso seja identificado alguma alteração no decorrer do processo cirúrgico (BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

O uso de grades laterais nas macas e a permanência da assistência profissional ao lado do paciente sedado durante a transferência, é visto como uma medida de segurança, uma vez que no transporte do paciente requer práticas seguras (BRUNNER E SUDDARTH, 2014).

Segundo a Resolução nº 588/2018, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a assistência de enfermagem durante o transporte do paciente deverá ser considerado de acordo com nível de complexidade da assistência, onde classifica-se o paciente conforme cuidados mínimos, paciente de cuidados intermediários, pacientes de cuidados de alta dependência, paciente de cuidados semi-intensivos e pacientes de cuidados intensivos (COFEN, 2018).

Segundo Cheregatti (2012), os procedimentos cirúrgicos quanto ao tipo são classificados em: Cirurgias de emergência: Nestas, o paciente requer atendimento imediato pois corre risco iminente de morte; Cirurgia de urgência. O atendimento deve-se ser prestado em período de 24 a 30 horas; Cirurgias eletivas: O procedimento cirúrgico caso não aconteça na data prevista, e caso o paciente não corra risco de morte, a mesma pode acontecer em outro momento, assim que possível e conforme julgamento clínico; Cirurgia opcional: A decisão parte do paciente, tal como algumas cirurgias plásticas ou reparadoras; Cirurgia paliativa: Pretende-se através desta, compensar ou melhorar as condições de vida, favorecendo na qualidade de vida do paciente; Cirurgia radical: Onde se faz a remoção de determinado órgão de forma parcial ou total; e Cirurgia plástica: Destina-se a mudar de forma estética ou a fim de corrigir alguma estrutura corporal e diagnóstica onde se realiza a extração de uma fração tecidual com a finalidade de ajudar no diagnóstico de patologias.

As cirurgias são ainda classificadas quanto ao porte onde envolve-se o tempo/período intraoperatório, sendo classificadas em cirurgia de grande porte, com duração maior que 4 horas de cirurgia; cirurgia de médio porte com duração de 2 a 4 horas e cirurgia de pequeno porte, as

quais tem um período menor duração, podendo ser menor ou até 2 horas de procedimento (CHEREGATTI, 2012).

Portanto, a assistência prestada ao paciente por parte da equipe de enfermagem no período perioperatório engloba todas as fases do processo cirúrgico, desde o pré-operatório a alta hospitalar, o que proporciona a enfermagem desenvolver ações que promovam a segurança e qualidade na assistência prestada ao cliente cirúrgico.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo teve como proposta metodológica uma pesquisa descritiva, exploratória, documental, com abordagem quantitativa.

Segundo Gil (2017), a pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever características de uma população ou fenômeno, podendo ser realizada com o intuito de identificar a possibilidade de ligação entre variáveis.

Para Marconi e Lakatos (2010), os estudos exploratórios obtêm frequente descrições de ambos os tipos de estudo, tanto quantitativas quanto qualitativas, e o pesquisador deve descrever as interligações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado.

Ainda de acordo com os autores acima citados, os estudos exploratórios devem ser elaborados através de documentos e contatos diretos, onde os tipos de documentos são: a) Fontes primárias: utilizando dados históricos, bibliográficos e estatísticos; informações, pesquisa e material cartográfico; arquivos oficiais e particulares; registros em geral; documentação pessoal; correspondência pública ou privada. b) Fontes secundárias: imprensa em geral e obras literárias. No que se refere aos contatos diretos, tem-se: pesquisa de campo ou de laboratórios estes feitos com públicos que podem viabilizar dados ou sugerir fontes de informações importantes (MARCONI E LAKATOS, 2010).

Para Silva e Menezes (2005), a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que nos permite transformar em números dados e opiniões para serem agrupadas e avaliadas, exigindo-se o uso de métodos e técnicas estatísticas.

A pesquisa documental se assemelha com a pesquisa de levantamento, no entanto difere-se da mesma pelo fato de terem sido produzidas com informações disponíveis e não colhidas diretamente das pessoas (GIL, 2017).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital da Região Metropolitana do Cariri (RMC), localizada ao Sul do Estado do Ceará, no nordeste brasileiro. A coleta de dados iniciou após a autorização da instituição (Anexo A) e assinatura do Termo de Fiel Depositário (ANEXO B).

A Lei Complementar nº 78, 26 de junho de 2009, que dispõe sobre a criação da região metropolitana do Cariri em seu Art. 1º cria a Região Metropolitana do Cariri (RMC), face ao

que dispõe o art. 43 da Constituição Estadual, constituída pelo agrupamento dos municípios de Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Jardim, Missão Velha, Caririçu, Farias Brito, Nova Olinda e Santana do Cariri (QUEIROZ, 2014).

O município de Juazeiro do Norte está localizado no extremo sul do Ceará, a 514 km da capital do estado. Segundo censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Juazeiro possui uma área territorial de 248.223 (Km<sup>2</sup>) e população de 249.939 (BRASIL, 2010).

O hospital escolhido está localizado na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, sendo registrado como hospital e maternidade, fundado aos 18 de outubro de 1955, atualmente, possui atividades de alta e média complexidade hospitalar e ambulatorial, com atendimentos de urgência e emergência, e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e a Terapêutica (SADT) ao nível ambulatorial e hospitalar, totalmente destinados a população usuária dos serviços promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Composto por 85 leitos, desses 11 são de urgência e emergência, 72 hospitalares e 2 ambulatoriais (BRASIL, 2018d).

A pesquisa foi realizada no período de abril a maio de 2019, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra do estudo foi definida levando em consideração o desvio padrão do quantitativo de cirurgias mensais, evidenciadas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, disponíveis pelo DATASUS/MS (BRASIL, 2018e), com grau de confiança de 95% ( $Z = 1,96$ ), e um erro amostral de 3,5%. Para amostra foi utilizado o cálculo para determinação do tamanho de uma amostra com base na estimativa da média populacional expressa na fórmula:

$$n = \left( Z \times \frac{dp}{e} \right)^2$$

Onde:  $n$  = Número de indivíduos na amostra;  $z$  = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;  $dp$  = Desvio padrão populacional da variável estudada;  $E$  = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a média amostral e a verdadeira média populacional (LEVINE, BERENSON, STEPHAN, 2000).



Desta forma e tendo como base o cálculo amostral que leva em consideração o produto do desvio padrão da média de cirurgia/mês pelo erro amostral como valor tabulado no grau de confiança elevados ao quadrado, a amostra estimada foi de 340 prontuários.

A população do estudo foi composta por 316 prontuários de pacientes que passaram por cirurgia cesariana nos meses de novembro e dezembro de 2018. A amostra foi constituída por um total de 203 prontuários que foram coletados os dados de acordo com os critérios de inclusão: prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que passaram por cirurgia nos meses de novembro e dezembro no ano de 2018. E foram excluídos da pesquisa os prontuários que não estavam em conformidade com os critérios de inclusão, bem como, prontuários com dados ilegíveis.

#### 4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A pesquisadora utilizou-se de métodos da pesquisa documental, realizando análise dos dados de preenchimento de prontuários retrospectivos dos meses de novembro e dezembro do ano de 2018, na unidade hospitalar escolhida através da observação sistemática. Os prontuários foram analisados após autorização através da Declaração de Anuência da instituição Coparticipante (ANEXO A) e Termo de Fiel Depositário assinado (ANEXO B).

O instrumento de coleta de dados foi a observação sistemática através de planilha eletrônica *Microsoft Excel*, contendo dados com a finalidade de facilitar a investigação dos prontuários com intuito de alcançar os objetivos do estudo.

Para Marconi e Lakatos (2009) a observação sistemática, também conhecida por estruturada, planejada, controlada, faz uso de instrumentos para coletar os dados observados e é realizado em condições controladas com a finalidade de responder a questões predeterminadas.

#### 4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisadora utilizou-se dos prontuários dos meses de novembro e dezembro de 2018, realizando leitura analítica dos dados presente nos documentos avaliados, bem como, dispondo em tabelas e gráficos as principais variáveis pertinentes no documento averiguado

Para Marconi e Lakatos (2010), a tabulação é a apresentação de dados em tabelas, a qual permite maior facilidade em interpretação na averiguação dos dados. Ele faz parte do processo técnico na análise de dados estatístico, e possibilita reduzir os dados conseguidos pelas

categorias e reproduzir graficamente. Portanto, os dados foram avaliados através de tabelas e gráficos utilizando-se de recursos de planilha eletrônica *Microsoft Excel* 2019.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), onde as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos, buscando sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis, bem como, confidencialidade, privacidade, a proteção da imagem e não estigmatização dos participantes da pesquisa.

Ao pesquisador responsável cabe a responsabilização de apresentar o relatório final do projeto desenvolvido conforme o planejado, devendo o mesmo ser justificado quando ocorrerem mudanças ou interrupção (BRASIL, 2016b).

A eticidade da pesquisa exige-nos garantir a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, assegurando a não utilização das informações em danos as pessoas ou as coletividades envolvidas, até mesmo em termos de autoestima, de estima ou do ponto de vista econômico/financeiro (BRASIL, 2012). Portanto, tal estudo obedeceu aos direitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos assegurando a confidencialidade e privacidade dos participantes da pesquisa.

Após registrada no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos (SISNEP), o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO), sob o parecer nº 3.292.945 (ANEXO C).

Foram considerados riscos leves para o desenvolvimento do estudo, sendo os mesmos minimizados pelo pesquisador, onde ao avaliar os documentos o pesquisador manuseou em local reservado e preservando a integridade de qualquer fonte de umidade ou calor, bem como, preservando-os de rasuras ou sujidades, e após análise os mesmos foram arquivados adequadamente, garantindo a confidencialidade e anonimato, resguardando de qualquer dano.

O produto deste estudo pode contribuir para o desenvolvimento de tecnologias leves que tendem a proporcionar a qualidade do serviço prestado, e essencialmente a segurança do paciente e da equipe de profissionais que de forma direta e indireta se relacionam como os usuários submetidos ao objeto de estudo desta pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo principal analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do Programa de Segurança do Paciente em uma instituição hospitalar presente no Sul do Estado do Ceará.

A população deste estudo foram prontuários retrospectivos dos meses de novembro e dezembro de 2018 de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que passaram por cirurgia cesariana na unidade hospitalar do presente estudo. Destes, foram autorizados para análise, prontuários de pacientes que passaram por cirurgia cesariana, sendo registrados no mês de novembro 155 cesáreas, e no mês de dezembro 161; totalizando nos dois meses 316 cirurgias cesarianas. No entanto, foram disponibilizados 217 prontuários que corresponde a 106 do mês de novembro e 111 do mês de dezembro de 2018. Foram avaliados 203 prontuários, onde a escolha destes se deu através dos critérios de inclusão e exclusão. A distribuição do número de prontuário referente aos meses de novembro e dezembro de 2018 segue no gráfico abaixo:

**Gráfico 1** – Quantitativo de prontuários referente aos meses de novembro e dezembro de 2018.



Fonte: Pesquisa direta, 2019

Conforme o gráfico 1, o mês de dezembro foi o mês com maior número de cesarianas, comparado ao mês de novembro de 2018. Dentre os prontuários avaliados, ao averiguar o uso da lista de verificação de cirurgia segura, dos 217 prontuários considerados, 03 (três) não constavam o checklist nos documentos, sendo excluídos da pesquisa.

**Tabela 1** – Faixa etária de pacientes que realizaram cesarianas nos meses de novembro e dezembro de 2018.

<b>FREQUÊNCIA DE CESÁREAS</b>				
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>F</b>	<b>Fi%</b>	<b>Fi</b>	<b>F%</b>
15  -  19	018	8,867%	018	8,867%
20  -  24	065	32,020%	083	40,887%
25  -  29	050	24,631%	133	65,517%
30  -  34	037	18,227%	170	83,744%
35  -  39	027	13,300%	197	97,044%
40  -  44	006	2,956%	203	100,000%
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>100,000%</b>	<b>MÉD</b>	<b>035</b>

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

A faixa etária que acumulou a maior quantidade de cesarianas entre os meses de novembro e dezembro foi a de 25 a 29 anos. Por sua vez, do grupo destinado para estudo, as mulheres abaixo de 29 anos foram responsáveis pelo registro de 65,517% dos prontuários de cesarianas.

Segundo estudo, o índice de partos está na faixa de 20 a 29 anos, seguido pelas mulheres com idade de 30 a 40 anos, adolescentes de 15 a 19 anos, mulheres acima de 40 anos e pré-adolescentes de 10 a 14 anos (PADILHA et al., 2013).

### 5.1 PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

A Lista de verificação de Segurança do paciente averiguada é composta por períodos cirúrgicos os quais estão divididos em Pré-operatório ( verificação no leito do paciente), Antes da Indução Anestésica, dentro do centro cirúrgico (1º momento), Antes da Incisão Cirúrgica / Transoperatório / Prevenção de risco (2º momento), Antes da Saída do Paciente da Sala Cirúrgica (3º momento).

A Tabela 2, evidencia o preenchimento dos dados de admissão do paciente no hospital, o qual faz parte do período pré-operatório, e tem como base as variáveis: registro da idade do paciente, registro do sexo do paciente; registro da data de nascimento, registro da data de admissão do paciente na instituição , registro do setor de origem do paciente e registro do tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado no paciente.

Percebeu-se por meio da Tabela 2, que dos 203 checklist avaliado, o nome do paciente foi registrado em 201 (99,1%), bem como, a data de nascimento foi checado em 194 (95,57%) dos registros, apresentando boa adesão aos itens de identificação, o qual favorece na segurança do paciente nos momentos que se faz necessária a administração de medicamentos. Segundo

Elias et al (2015), em seu estudo os itens de identificação do paciente/cirurgia e pré-operatório que fazem parte do 1º momento, assim como os itens “pré-operatório” e saída do paciente” foram os itens com menos preenchimentos.

**Tabela 2** – Registro do preenchimento dos dados admissionais do paciente no período pré-operatório

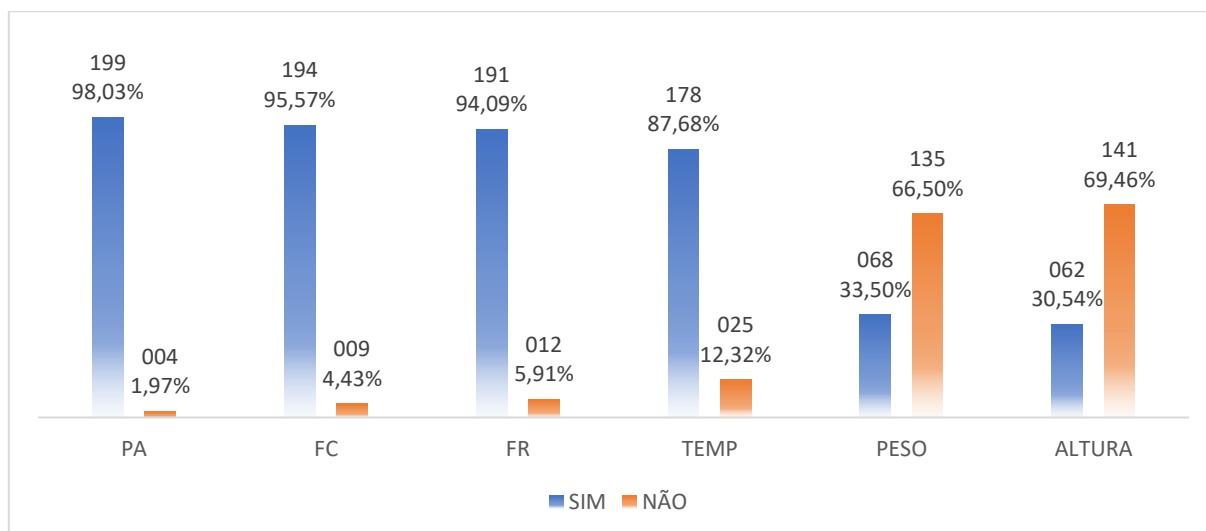
Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro do nome do paciente	201	002	99,01%	0,99%
Registro da idade do paciente	184	019	90,64%	9,36%
Registro do sexo do paciente	151	052	74,38%	25,62%
Registro da data de nascimento do paciente	194	009	95,57%	4,43%
Registro da data de admissão do paciente na instituição	087	116	42,86%	57,14%
Registro do setor de origem do paciente	156	047	76,85%	23,15%
Registro do Tipo de Procedimento Cirúrgico a ser realizado no Paciente	167	036	82,27%	17,73%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No entanto na Tabela 2, observou-se que o item de verificação da data de admissão do paciente na instituição foi o dado menos registrado, apenas 87 (42,86%) foram verificados. Levando em consideração a definição de infecção hospitalar, onde a infecção adquire-se após a admissão do paciente na instituição e que se apresenta durante a internação hospitalar ou alta; e que possa estar relacionada a procedimentos na unidade hospitalar é considerada infecção hospitalar (BRASIL, 1998). Faz-se necessário que seja registrado no checklist a data de admissão do paciente na instituição, com a finalidade de promover melhor assistência ao paciente e avaliação em casos de apresentação de infecção com a fim de averiguar se a origem da infecção é hospitalar ou comunitária. Apenas 82,27% dos checklist apresentaram o registro do tipo de procedimento a ser realizado no paciente, tais dados apresentam falhas no registro de confirmação do tipo de cirurgia, a ausência da verificação de tais informações proporciona o risco da realização de procedimento cirúrgico em local errado.

O Gráfico 2, representa o quantitativo de registros de preenchimento do checklist quanto aos sinais vitais e medidas antropométricas no período pré-operatório, o qual indica que o registro da pressão arterial (PA) teve maior número de registros, onde dos 203 documentos, 199 (98,3%) dos prontuários havia o registro da verificação da PA. Porém, o registro da temperatura (TEMP) estava presente apenas em 178 (87,68%) sendo o menor registro referente ao registro de sinais vitais. Ainda no gráfico analisado, há o registro das medidas de peso e altura, 135 (66,50%) e 141 (69,46%) respectivamente; sendo os menos registrado no período.

**Gráfico 2** – Preenchimento dos Registros dos sinais vitais e medidas antropométricas no período pré-operatório em checklist de cirurgia segura.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Ainda no período pré-operatório observa-se no checklist os registros da condição do paciente, quanto a apresentação de exames de apoio diagnóstico terapêutico, condição de pele e mucosa, registro do jejum cirúrgico reserva de sangue e realização da retirada ou presença de próteses e dispositivos externos ou internos.

Segundo estudo o período de maior incidência de complicações do paciente cirúrgico está no período de pós-operatório imediato, sendo necessária a monitorização hemodinâmica do paciente, bem como manter a estabilidade dos sinais vitais e nível de consciência (PEREIRA et al., 2018). Com isso, é de fundamental importância o registro dos sinais vitais nos períodos pré, trans e pós-operatório.

**Tabela 3** – Registro do preenchimento da condição do paciente no período pré-operatório

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro de como encontrava-se a pele e mucosa do paciente	092	111	45,32%	54,68%
Registro sobre o jejum cirúrgico	058	145	28,57%	71,43%
Registro sobre a Reserva de Sangue para cirurgia	000	203	0,00%	100,00%
Registro de Realização da Antissepsia Prévia	008	195	3,94%	96,06%
Registro de presença de Próteses ou de Dispositivos Externos ou Internos	001	202	0,49%	99,51%

FONTE: Pesquisa direta, 2019.

A presente pesquisa mostrou que os itens em que se avalia as condições do paciente no pré-operatório como o jejum cirúrgico, a reserva de sangue, assim como o registro da presença de próteses ou dispositivos externos ou internos tiveram pouca adesão de registro por parte da equipe responsável pelo preenchimento no período de avaliação pré-operatória, uma vez que dos 203 documentos averiguado quanto ao registro do jejum cirúrgico, apenas 58 (28,57%) prontuários registravam no checklist a confirmação sobre jejum cirúrgico; e quando se avalia o registro sobre a condição de reserva de sangue nenhuma lista de verificação de segurança do paciente constava registro sobre a reserva de sangue para casos de perda sanguínea.

Segundo Amaya et al (2015), a verificação do jejum cirúrgico assim como a avaliação do risco de perda cirúrgica são fatores importantes para o preparo da equipe nos casos de perda das vias aéreas ou funcionalidade respiratória. Em seu estudo, registrou-se que o jejum não foi confirmado na totalidade das cirurgias (96,1%).

Os resultados da presente pesquisa mostram que 71,43% dos prontuários não foram registrados a confirmação do jejum, sendo este um item em comum com o estudo citado acima. Segundo Brasil (2017b), o banho pré-operatório, como o banho em que se realiza antes de realizar o procedimento cirúrgico deve ser seguido durante a preparação da pele da paciente que irá realizar cirurgia cesariana, tal preparo da pele esta preconizado como medidas de prevenção e controle de infecção em cirurgias cesáreas. Nota-se na tabela 3 que o registro de antissepsia prévia foi verificado em apenas 8 registro de checklist, onde dos 203 prontuários, 96,06% (195), estavam em branco. Ressalta-se a importância de realizar a antissepsia prévia bem como realizar o registro de tal conduta.

A verificação dos exames de imagem assim como os exames de apoio diagnóstico são essenciais no momento antes da incisão cirúrgica, no entanto observou-se no presente estudo que o registro destes foram mínimos, onde se pode observar na tabela abaixo que apenas 4 (1,97%) lista de verificação constava a checagem de exames de imagens, tendo uma porcentagem de 98,03% de itens em branco quanto ao registro de presença de exames, constando apenas 5 (2,46%) prontuários com registro de avaliação de exames de laboratório.

Quanto ao registro da presença de exames de apoio diagnóstico, a tabela 4 apresenta o quantitativo de registros realizados no período pré-operatório, dado que tais informações são essenciais no período transoperatório, uma vez que Brasil (2013b), recomenda que os exames essenciais possam estar presentes e a disposição da equipe em casos em que sejam necessários para realização segura do procedimento cirúrgico.

**Tabela 4**– Registro do preenchimento de verificação da presença de exames de apoio diagnóstico.

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro de avaliação de exame de imagem (USG, TC, RNM ou RADIOLOGIA)	004	199	1,97%	98,03%
Registro de avaliação de exame de laboratório	005	198	2,46%	97,54%
Registro de avaliação de algum outro tipo de SADT diferente dos anteriores	000	203	0,00%	100,00%

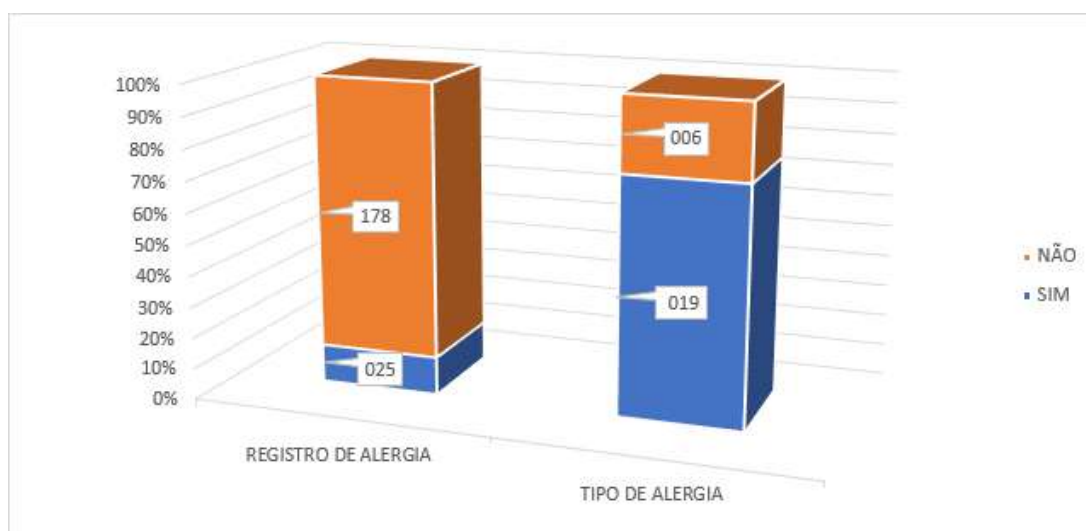
FONTE: Pesquisa direta, 2019.

**Tabela 5** – Registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de Cirurgia.

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% SIM	% Não
Foi registrado de forma legível, o nome do paciente ou do seu responsável.	173	030	85,22%	14,78%
Foi registrado de forma legível o nome do cirurgião ou do seu representante, assim como do respectivo registro no CRM.	081	122	39,90%	60,10%
O TCLE foi assinado pelo Paciente ou Responsável	168	035	82,76%	17,24%
O TCLE foi assinado por uma Testemunha	114	089	56,16%	43,84%
Há o registro de responsabilidade da equipe médica, representada pelo que aceita o procedimento, por meio do TCLE.	080	123	39,41%	60,59%
Há o registro de data em que o TCLE foi assinado.	141	062	69,46%	30,54%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

**Gráfico 3** – Registro do preenchimento da condição de alergia do paciente no checklist de cirurgia segura.



Fonte: Pesquisa direta, 2019.



Os exames laboratoriais e de imagem auxiliam na segurança do paciente, citados na Tabela 4, uma vez que podem confirmar alterações importantes e proporcionam a equipe a correção de complicações e ou correção de problemas relacionados ao paciente de forma mais preliminar. Em seu estudo Studart et al (2017), afirma que os exames foram prontamente realizados na quase totalidade dos procedimentos que foram solicitados.

Ainda de acordo com o autor acima citado, constatou em seu estudo de avaliação que o termo de consentimento ou autorização para realização da cirurgia estava assinado pela maioria dos pacientes que realizaram cirurgia (STUDART et al., 2017). A tabela 5, evidencia o registro do preenchimento dos itens que compõe o Termo de Consentimento para Cirurgia.

Diante os resultados exposto na tabela 5 (pag. 40), o registro do preenchimento do TCLE Teve resultados não satisfatórios quanto a sua adesão por parte da equipe, onde 168 dos prontuários constavam a assinatura do paciente ou responsável atingindo 82,76% dos registros, ao se avaliar o preenchimento do registro da equipe médica na pessoa do cirurgião, apenas 80 (39,41%) dos termos estavam assinados pelos mesmos. Com base nesses resultados reforça-se a importância do preenchimento do TCLE, pelo fato de ser documento de fundamental importância em casos de respaldo legal.

Outro item de fundamental importância no preenchimento e confirmação junto ao paciente no período pré-operatório com a finalidade de proporcionar a segurança do paciente é a verificação se o paciente possui alergias. Segundo estudo realizado em um hospital público, avaliando as informações com relação ao registro de alergias, 82,3% dos registros avaliados apresentavam dados referentes a condição de alergias no paciente (STUDART et al., 2017).

O Gráfico 3 (pag. 40) apresenta a distribuição de checagem/registo da condição de alergias no paciente. Ressalta-se que dos dados coletados dos 203 prontuários avaliados 178 (87,68%), não havia registro de alergias, 25 (12,32%), apresentavam a condição de alergia e destes apenas 19 (76,00%), havia a especificação do tipo de alergia identificada junto ao paciente.

## 5.2 PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO) 1º MOMENTO

No período de checagem da Lista de Verificação antes da indução anestesia faz-se necessária a presença da equipe de enfermagem bem como do médico responsável pela indução anestésica, o qual através de perguntas relacionadas a equipe de enfermagem junto com o

anestesiologista verificam juntamente com o paciente as etapas de identificação, local da cirurgia, e se o sítio esta demarcado, se os equipamentos de anestesia estão com a funcionalidade normal ou se apresenta quaisquer defeito bem como confirma novamente com o paciente se o mesmo apresenta alergias conhecidas, e avalia-se o risco de complicações nas vias aéreas (BRASIL, 2013b).

Neste contexto, a tabela 6 mostra que o registro que obtiveram mais registro antes da indução anestésica foram: o registro da conclusão da verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação, e o registro da aplicabilidade do oxímetro de pulso no paciente e do seu devido funcionamento, obtendo-se um total de 90,64% dos registros ambos itens avaliados. No entanto, ao se avaliar o registro da condição de alergias no paciente, o item referente a verificação de alergias no período antes da indução anestésica, não apresentam resultados iguais aos checados no período pré-operatório, onde foram identificados 25 registros de condição de alergia (Gráfico 3), sendo identificados na fase antes da indução anestésica apenas 167 (82,27%) prontuários com a checagem da presença de alergia no paciente (Tabela 6), dado esse que supomos que a verificação da condição de alergias no pré-operatório apresenta melhor adesão.

**Tabela 6** – Registro do preenchimento do checklist no período antes da indução anestésica (dentro do centro cirúrgico) 1º momento.

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro da confirmação da identidade do paciente, o local, o procedimento e do seu consentimento	180	023	88,67%	11,33%
Registro da demarcação do sítio	156	047	76,85%	23,15%
Registro da conclusão da verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação	184	019	90,64%	9,36%
Registro da aplicabilidade do oxímetro de pulso no paciente e do seu devido funcionamento	184	019	90,64%	9,36%
Registro do conhecimento do paciente sobre ser portador de qualquer alergia	167	036	82,27%	17,73%
Registro de Complicações nas vias aéreas ou risco de aspiração	072	131	35,47%	64,53%
Identificação do Médico Anestesiologista	149	054	73,40%	26,60%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Quanto ao número de registro de demarcação do sítio cirúrgico apenas 76,85% dos registros em checklist, o que corrobora com Amaya et al (2015), onde verificou-se menos de 80% dos sítios cirúrgicos não apresentavam marcação, possibilitando desta forma a ocorrência de eventos adversos. Nesta perspectiva, torna-se relevante que o registro do local do sítio cirúrgico

seja confirmado sempre pela equipe, principalmente nos casos em que há lateralidade, a fim de assegurar que o local a ser realizado a incisão cirúrgica seja de fato o correto. Ao averiguar o registro da verificação de complicações em vias aéreas, havia poucos registros quanto a identificação da avaliação das vias aéreas, onde apenas 72 (35,47%) dos checklist apresentaram preenchimento. Observou-se que 149 (73,40%), dos registros constavam o registro do anestesio- logista responsável pelo procedimento de indução anestésica, o que nos mostra que houve pouca adesão por parte dos profissionais.

### 5.3 PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA/TRANSOPERATÓRIO/PREVENÇÃO DE RISCOS (2º MOMENTO)

Brasil (2013b), recomenda que no momento antes da incisão cirúrgica ocorra a pausa cirúrgica, com a finalidade de confirmar informações importantes relacionado a segurança do paciente antes da realização da incisão da pele, neste momento a equipe deve se identificar pelo nome e função, podendo ser apresentados pelo condutor da LVSC, sendo avaliado e confirmado o local em que será realizada a incisão cirúrgica, risco de perdas sanguíneas sendo checado se há necessidade de hemotransfusão e se necessário se o mesmo está disponível para equipe em casos de perda sanguínea, nesta etapa confirma-se a verificação da condição de esterilização do material cirúrgico; realização da profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos antes da incisão cirúrgica.

**Tabela 7** – Registro do preenchimento do checklist no período antes da incisão cirúrgica/ transoperatório/prevenção de riscos (2º momento).

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro do Início do Procedimento	149	054	73,40%	26,60%
Registro do Local da Incisão Cirúrgica	170	033	83,74%	16,26%
Registro de checagem de hemotransfusão ou Derivados	119	084	58,62%	41,38%
Registro de que todos os membros se apresentaram a paciente informando nome e função no setor	193	010	95,07%	4,93%
Registro de que foi confirmada a esterilização	191	012	94,09%	5,91%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Destaca-se na análise o preenchimento do checklist antes da incisão cirúrgica, onde dos documentos avaliados o item com maior registro foram as questões relacionada a apresentação

da equipe ao paciente (95,07%), e registro da confirmação do paciente e do procedimento cirúrgico (92,12%), porém um dos itens de fundamental importância para segurança do paciente cirúrgico é o registro da checagem da realização de hemotransfusão sendo um dos itens menos preenchido no estudo tanto no pré-operatório como no 2º momento de preenchimento do checklist averiguado. Segundo pesquisa em que foram averiguados o registros do preenchimento do checklist, apenas em 51,8% dos procedimentos houve a reserva de sangue (AMAYA et al., 2015). Quanto ao registro de confirmação de esterilização houve adesão por parte da equipe, uma vez que dos checklist analisados 191 (94,09 %), apresentaram o registro de verificação de esterilização. No entanto, percebeu-se no período da coleta a ausência de um campo em que fossem anexados os indicadores de comprovação de esterilização, o qual proporciona respaldo a equipe de enfermagem em casos em que sejam necessários comprovação da esterilidade do material utilizado.

A Tabela abaixo apresenta itens averiguados ainda no período antes da incisão cirúrgica, onde se registra a verificação da administração de antibiótico o qual tem por indicação para minimizar o risco de infecção (BRASIL, 2013b). No documento averiguado 92,12% dos registros apresentavam a checagem da administração de antibiótico. Segundo Amaya et al (2015), em seu estudo evidenciou que a confirmação da administração da profilaxia antimicrobiana foi registrada em 85,2% das cirurgias. Com isso, observou-se que há preocupação da equipe do hospital do presente estudo, em registrar a confirmação da administração de antibiótico.

**Tabela 8** – Registro do preenchimento do checklist no período antes da incisão cirúrgica/ transoperatório/prevenção de riscos (2º momento)

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro da confirmação do paciente e do procedimento cirúrgico	187	016	92,12%	7,88%
Registro da profilaxia antibiótica nos últimos 60 minutos do procedimento cirúrgico	187	016	92,12%	7,88%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No entanto, observou-se que os registros da hora de administração não estão de acordo com a literatura; outro dado é que no checklist averiguado o registro da hora de administração de antibiótico muitas vezes foram preenchidos com o nome do tipo de antibiótico substituindo a hora de realização. Tais observações corroboram com Tostes (2016), o qual em seu estudo evidenciou baixa adesão, onde 27 (33,4%) dos registros não estavam registrados o tempo correto, apresentado administração de antibiótico dentro de uma hora antes da incisão cirúrgica

apenas 17 (21,0%); nos casos das cesarianas 10 (12,4%) após o clampeamento do cordão umbilical. Com tal observação sugerimos que no checklist averiguado seja adicionado um campo de registro do tipo de antibiótico administrado, facilitando a identificação/confirmação por parte da equipe responsável pela realização do preenchimento da LVSC.

Ainda na prevenção de riscos de infecção no período transoperatório a literatura sugere que “nos casos de cirurgias cesariana, conforme descrito pelo *National Healthcare Safety Network* NHSN, o tempo limite (percentil 75) seria de 56 minutos. (BRASIL, 2017b).

Segundo a tabela 9, dos 203 prontuários analisados, apenas 176 (86,69%), identificaram o tempo do procedimento cirúrgico. Tal informação revela, viés na identificação do tempo cirúrgico, informação importante para se avaliar o grau de risco de infecção cirúrgica. Tendo em vista, que se não se identifica o tempo, como pode-se concluir devidamente o fato? No caso, essa informação fica restrita a outras informações as quais irão gerar a interpretação de que a possível complicação se deu por conta do ato cirúrgico ou não.

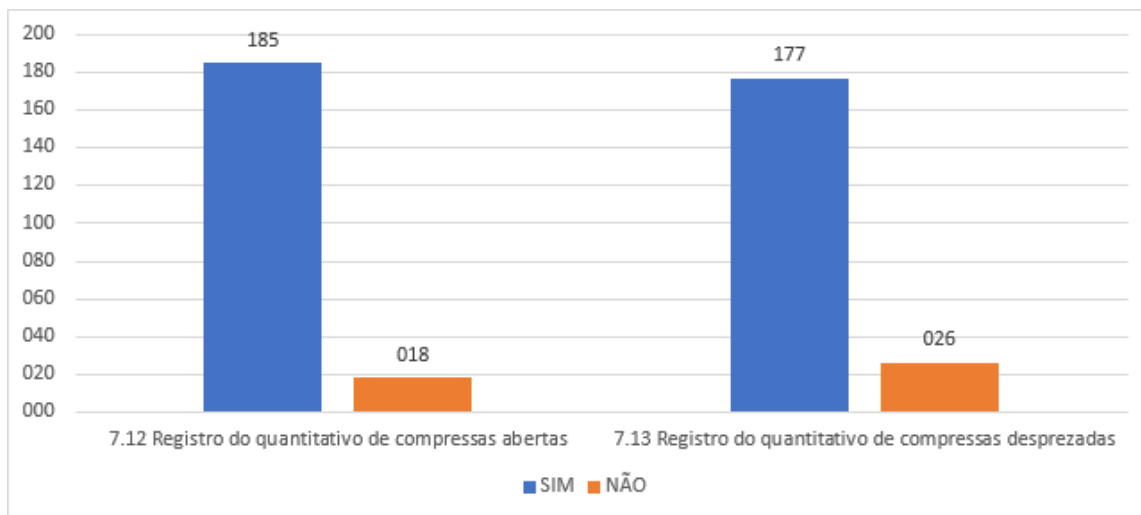
**Tabela 9** – Tempo cirúrgico das cirurgias cesarianas realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2018, em um hospital da região do Cariri.

<b>TEMPO CIRÚRGICO DE CESARIANA</b>				
TEMPO	Frequência		%	
	fi	f%	Fi	F%
00h00  - 00h15	001	0,57%	001	0,57%
00h15  - 00h30	009	5,11%	010	5,68%
00h30  - 00h45	070	39,77%	080	45,45%
00h45  - 01h00	044	25,00%	124	70,45%
01h00  - 01h15	044	25,00%	168	95,45%
01h15  - 01h30	006	3,41%	174	98,86%
01h30  - 01h45	001	0,57%	175	99,43%
01h45  - 02h00	001	0,57%	176	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>00:46:17</b>	

Fonte: pesquisa direta, 2019.

Na análise da Tabela 09, percebeu-se a prevalência do tempo cirúrgico de 30 a 45 minutos de cirurgia, tais dados estão de acordo com o preconizado por Brasil (2017b). Porém, observa-se que há registros de que houve procedimentos com até 15 minutos de cirurgia; e outros ultrapassaram 1 hora de procedimento. Levando em consideração o estudo de Ribeiro (2017), foi identificado que o maior preenchimento de checklist teve seu registro em cirurgias com tempo de duração de 30 a 120 minutos.

**Gráfico 4** – Preenchimento do checklist quanto ao registro de contagem de compressas no período transoperatório.



Fonte: pesquisa direta, 2019.

No segundo momento do checklist averiguado há o registro do quantitativo de compressas abertas e desprezadas, item de fundamental importância na prevenção de risco. O gráfico 4, apresenta o registro do preenchimento de checklist quanto a contagem de compressas.

Foram averiguados 203 checklists, destes 185 prontuários constavam o registro quantitativo de compressas abertas, e apenas 177 registros de compressas desprezadas, o que corresponde a 91,13% e 87,19% respectivamente. Com isso, para cada 10 (dez) cirurgias realizadas 01 (uma) não possui contagem de compressas abertas, e para cada 10 (dez) cirurgias 02 (duas) não possuem contagem de compressas desprezadas, ou seja, para cada 20 (vinte) cirurgias, 03 (três) não existe registro de compressas.

Estudo realizado com técnicos de enfermagem circulantes do centro cirúrgico de um hospital Universitário de Grande porte do Nordeste do Brasil, avaliou a perspectiva dos circulantes quanto a contagem cirúrgica evidenciou que a maioria expressou preocupação quanto a contagem de cirúrgica e que tal prática é essencial na promoção de segurança do paciente. No entanto, não houve nenhuma relação de falas com relação ao que preconiza Organização Mundial da Saúde, quanto as metas para cirurgias seguras, sendo verbalizado apenas o conhecimento e reflexivo sobre questões éticas a respeito das causas em casos de retenção de itens cirúrgicos (GOMES, 2019).

#### 5.4 PREENCHIMENTO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NO PERÍODO ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA (3º MOMENTO)

Para Brasil (2013b), o período antes da saída do paciente da sala cirúrgica faz-se a realização da contagem dos espécimes antes do paciente se encaminhado a SRPA, com a finalidade de prevenir a retenção de materiais cirúrgicos como compressas e agulhas na cavidade do paciente. Em estudo destacou-se que 27,6% de peças cirúrgicas não foram realizadas a identificação e 12,1% dos checklist não havia respostas do presente item (AMAYA et al., 2015).

Segundo estudo circulantes de sala informaram que a respeito da contagem de compressas e instrumentais era de responsabilidade dos instrumentadores e não do circulante de sala, porém referiam que toda a equipe deve realizar tal procedimento (GOMES, 2019).

Segundo os resultados encontrados no presente estudo, 89,66% dos registros de preenchimentos dos checklists constava que a equipe de enfermagem havia realizado a contagem dos materiais antes da saída do paciente da sala cirúrgica, assim como 92,12 % confirmava a fixação da pulseira do paciente de forma correta. Este desfecho diverge da literatura estudada, pois em estudo realizado em prontuários os registros quanto a retenção de instrumentais ou compressas e identificação de amostras cirúrgicas por meio da checagem documental não apresentou adesão significativa (AMAYA et al., 2015).

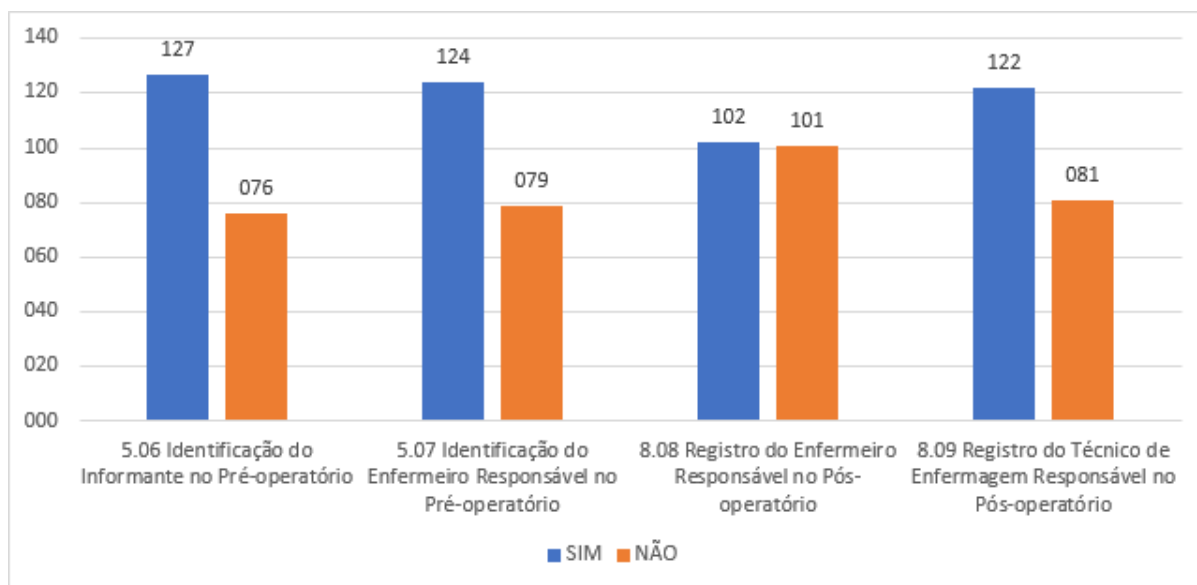
**Tabela 10** – Registro do preenchimento do checklist antes da saída do paciente da sala cirúrgica (3º momento)

Variáveis	Frequência		%	
	Sim	Não	% Sim	% Não
Registro da enfermagem de ter confirmado verbalmente: O nome do paciente; e A conclusão da contagem de instrumentais, compressas e agulhas e identificação das amostras.	182	021	89,66%	10,34%
Registro de confirmação do paciente possuir a pulseira íntegra e afiada corretamente	187	016	92,12%	7,88%
Registro do grau de consciência do paciente	167	036	82,27%	17,73%
Registro do Setor a ser encaminhado	176	027	86,70%	13,30%
Registro da Hora de Entrada do paciente na sala de Recuperação pós-anestésica	000	203	0,00%	100%
Registro da Hora de Saída do paciente na sala de Recuperação pós-anestésica	000	203	0,00%	100%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Quanto ao registro da entrada e saída do paciente na sala de recuperação pós-anestésica 100% dos checklist não havia registro, tal resultado apresenta-se em sua totalidade em branco pelo fato dos pacientes pós cirúrgico de cesarianas não serem encaminhadas a SRPA, uma vez que a SRPS não estava ativa no período da coleta.

**Gráfico 5** - Registro de identificação do profissional responsável pelo preenchimento do checklist antes e depois do procedimento cirúrgico



Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Quanto ao registro de identificação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos checklist no período do pré-operatório e pós-operatório, o técnico de enfermagem foi o profissional com maior registro de identificação na fase pré-operatório, com 127 (62,56%) registros e no pós operatório com 122 (60,10%), enquanto que a identificação do enfermeiro responsável no período no pré e no pós-operatório 124 (61,08%) e 102 (50,25%) respectivamente.

Evidenciou-se melhor adesão de registros dos profissionais no período pré-operatório. Com relação a classe que mais identificou o registro no checklist a equipe técnica foram os profissionais com maior número de registro de identificação. O Gráfico 5, apresenta a distribuição do registro de identificação do profissional no checklist no período pré e pós-operatório.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do checklist de cirurgia segura proporciona ao paciente e aos profissionais de saúde práticas que preparam a equipe de saúde para a realização de uma assistência de qualidade e reduz os riscos de eventos adversos através da prevenção de danos.

De acordo com os resultados, os itens com menos registros em todo o documento averiguado estavam relacionados a informações de grande significado para a prática de segurança do paciente, como: identificação da condição do paciente quanto a alergias no pré e transoperatório, ausência dos registros de confirmação da prática de reserva de sangue, antissepsia prévia e jejum do paciente, tendo como itens de prevenção de risco no período transoperatório a contagem de materiais cirúrgicos como medida de segurança, a verificação de compressas cirúrgicas e demarcação do sítio cirúrgico apresentaram pouca adesão.

Os itens com maior adesão foram aqueles relacionados a identificação do paciente como nome, idade e data de nascimento no período pré-operatório, reforçando a verificação do paciente certo; assim como o registro da comunicação/apresentação da equipe ao paciente no período transoperatório e pós-operatório.

Quanto ao registro de identificação do responsável pelo preenchimento do checklist, a classe de técnicos de enfermagem representa a dos profissionais com maior registro nos documentos averiguados, apresentando maior adesão e prática por parte destes no período perioperatório. Contudo, o termo de consentimento para cirurgia teve o menor registro de identificação médica, dado esse que confirma a pouca adesão por parte da equipe médica, refletindo também a ausência de registros que comprovem a conversa mínima entre o profissional e o paciente, antes do procedimento, a fim de avaliar se este possui ciência do que será realizado e consentimento para a concretização do mesmo.

Com isso, os objetivos deste estudo foram contemplados ao se avaliar as etapas de cada período operatório, sugerimos que sejam adicionados novos itens que são considerados pertinentes na prática da assistência segura ao paciente cirúrgico, e que medidas de segurança sejam utilizadas para além do preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – LVSC.

Durante este estudo foram encontradas algumas dificuldades como mal registro de itens presentes no checklist, comprometendo a análise de outras variáveis. O estudo apresenta limitações devido ao fato de retratar apenas documentos de cirurgias cesarianas e em uma única instituição de pesquisa. Contudo, acredita-se que o presente estudo possa contribuir na avaliação da assistência prestada ao paciente cirúrgico permitindo que sejam realizados ajustes na qualidade da assistência, destacando desta forma a informatização da informação, qual pode ser

feita por meio de softwares específicos, onde dentre estes, aplicativos os quais auxiliem na configuração de um banco de dados cujas informações promovam a avaliação e o monitoramento das atividades que correspondem a segurança do paciente como estratégia de avaliação da adesão da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica por parte dos profissionais e gestores das instituições hospitalares.

A hipótese que regeu a pesquisa foi a de que existe dificuldades na adesão ao protocolo de cirurgia segura e que o preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica nos registros por parte da equipe multiprofissional, podem informar sobre as principais práticas assistenciais dos profissionais de saúde relacionada a prática da segurança do paciente, permitindo ajustes necessários com a finalidade de melhorar a assistência.

Quanto o preenchimento da LVSC, pode-se constatar que a informação no instrumento contido, é de grande importância para se identificar qual o fluxo do processo realizado, e como o paciente foi de fato recebido, preparado, orientado, cuidado e direcionado a outros setores, conforme fluxo operacional, após o ato cirúrgico. Com informações ausentes, viu-se que esse fluxo não pode ser comprovadamente confirmado, tendo em vista, que a ausência da informação relata incoerência do processo, onde a falta de dados, pode comprometer a equipe, caso, o paciente sofra complicação cirúrgica. Com o registro cirúrgico devidamente realizado, no formulário assim designado, a análise dessa consequência, pode ser entendida, promovendo o respaldo da equipe, caso se deduza que a origem do problema se deu durante o período pré, trans ou pós-operatório.

Diante destes fatos faz-se necessário investir em estratégias que possibilitem o desenvolvimento da educação continuada focada na cultura de segurança do paciente e na promoção do protocolo operacional padrão de acompanhamento do fluxo cirúrgico, por meio do uso de checklists, resguardando o controle, a regulação, a auditoria, a avaliação e o monitoramento do processo de segurança do paciente durante o ato cirúrgico.

Como proposta de checklist para a promoção da cirurgia segura, no estabelecimento onde foi desenvolvido o estudo, sugere-se atualização do mesmo com inserção de novos itens fundamentais para verificação do paciente. Em paralelo, reforço a necessidade de que novos estudos devem ser desenvolvidos para o aprimoramento das medidas de segurança do paciente, bem como, da adesão ao protocolo de cirurgia segura.

## REFERÊNCIAS

AMAYA, M. R.; MAZIERO, E. C. S.; GRITTEM, L.; CRUZ, E. D. A. Análise dos registros e conteúdo de checklist para cirurgia segura. **Esc. Anna Nery** 2015; 19 (2): 246-251. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0246.pdf> Acesso em 24 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.** 1998. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998> Acesso em 17 de outubro de 2018.

BRASIL. IBGECidades@Ceará. Juazeiro do Norte. 2010. Disponível em: [https://www.achetudoeregiao.com.br/ce/juazeiro\\_do\\_norte/localizacao.htm](https://www.achetudoeregiao.com.br/ce/juazeiro_do_norte/localizacao.htm) Acesso aos 01 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/MS/CNS, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso aos 11 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/** Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf) Acesso em 20 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/MS/ANVISA, de 25 de julho de 2013a.** Publicado no Diário Oficial da União nº 143, de 26 de julho de 2013a. Disponível em [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso aos 11 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente.** Protocolo para cirurgia segura. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 09 de julho de 2013b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura> Acesso em 10 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Publicado no Diário Oficial da União de 02 de abril de 2013c. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em 05 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União, 10 de julho de 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União, 25 de setembro de 2013e.

BRASIL. Segurança do Paciente: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica – LVSC - Primeira versão, criado em 08 de maio de 2015. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, 2015. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-lvsc-primeira-versao> Acesso aos 22 de agosto de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviço de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016a. <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente> Acesso em 29 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/MS/CNS, de 07 de abril de 2016b**. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso aos 11 de março de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2/MS/GM, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XXIV: Política Nacional de Atenção Hospitalar. Publicado no Diário Oficial da União de 03 de outubro de 2017a. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso aos 11 de março de 2018.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do Paciente: Protocolos básicos de segurança do paciente**. 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>. Acessado aos 01/04/2018.

BRASIL. DATASUS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Informações em Saúde (TABNET). Assistência em Saúde. Produção Hospitalar (SIH/SUS). 2018b. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qi>. Acesso em 20 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente/PNSP**. 2018c. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/sobre-o-programa>. Acesso em 01 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento Nacional de Informação em Saúde/DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES**. Ficha de Estabelecimento de Saúde. 2018d. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2307302562499>. Acesso em 31 de agosto de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento Nacional de Informação em Saúde/DATASUS. Produções Hospitalares do SUS por local de Internação: Ceará**. 2018e. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633> Acessado aos 20/09/2018.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**/[editores] Suzanne C. Smeltzer... [et aal.]; revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista

Cabral; tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2v, 12ª edição, cap. 18 a 20. p. 421 a 481; 2014.

CEARÁ, Assembleia Legislativa. **Lei Complementar nº 78, de 26 de junho de 2009**. Publicado em Diário Oficial do Estado do Ceará. Disponível em [https://www.emplasa.sp.gov.br/Cms\\_Data/Sites/EmplasaDev/Files/FNEM/arquivos/Le-gisla%C3%A7%C3%A3o%20Regi%C3%B5es%20Metropolitanas/RM\\_Ceara/rm\\_cariri.pdf](https://www.emplasa.sp.gov.br/Cms_Data/Sites/EmplasaDev/Files/FNEM/arquivos/Le-gisla%C3%A7%C3%A3o%20Regi%C3%B5es%20Metropolitanas/RM_Ceara/rm_cariri.pdf). Acesso aos 11 de março de 2018.

CHEREGATTI, A. L. **Enfermagem em clínica cirúrgica no pré e no pós-operatório**. São Paulo: Martinari, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 588/2018. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde**. 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018\\_66039.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html) Acesso em 17 de outubro de 2018.

COPPETTI, L. C.; STUMM, E. M. F.; BENETTI, E. R. R. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. **REME Rev Min Enferm**. 19(1): 113-119, jan-mar. 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/990/v19n1a10.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2018.

CORONA, A. R. P. D.; PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo de cirurgia segura. **Rev. SOBECC**. São Paulo. Jul/Set. 2015; 20 (3): 179-185. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em 25 de setembro de 2018.

ELIAS, A. C. G. P.; SCHMIDT, D. R. C.; YONEKURA, C. S. I.; DIAS, A. O. D.; URSI, E. S.; SILVA, R. P. J.; FEIJO, V. B. E.R. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em um hospital universitário público. **Rev. SOBECC**. São Paulo. Jul/Set. 2015; 20 (3): 128-133. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/128-133.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2018.

FERENZIN, T.P.M.; RAMOS. D.; CALDONA, G.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES. A. Análise de eventos adversos em hospitais acreditados. **Cogitare enferm**; 22(2):01-09, abr-jun.2017. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2u64u> Acesso em 29 de agosto de 2018.

GIL, A. C., **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, E. T; DOS SANTOS, M. L.; ARAÚJO, S. S. S. L.; ASSUNÇÃO, M. C. T.; PUSCHEL, V. A. A. Contagem Cirúrgica e Segurança do Paciente na Perspectiva do Circulante de Sala Operatório. **Rev. SOBECC**; 24(1): 37-42, jan.-mar.2019. [https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/37/pdf\\_1](https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/37/pdf_1)

HENRIQUES, A.H.B.; COSTA, S.S.; LACERDA, J.S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: Revisão integrativa. **Cogitare Enferm**. out/dez; 21 (4):01-09.

2016. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/y956d> Acesso em 21 de julho de 2018.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. **Estatística: Teoria e aplicações usando Microsoft Excel em português**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. Ed. 3. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

MOURA, M. L. P. A. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação anestésica: características e objetivos do centro cirúrgico** – São Paulo: editora Senac. São Paulo, ed. 10º, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre a Segurança**. Departamento da qualidade na saúde, Direção geral em Saúde, Lisboa, Portugal. 2011. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente> Acesso em 02 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente; cirurgia segura salvam vidas**. (Orientações para cirurgia da OMS) / Organização Mundial da Saúde, tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência de Vigilância Sanitária; 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf). Acesso em 25 de agosto de 2018.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

PAIXÃO, D. P. S. S.; BATISTA, J.; MAZIERO, E. C. S.; ALPENDRE, F. T. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Vol.71, Supl.1, p. 577-584, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504> Acesso em 02 de agosto de 2018.

PADILHA, J. F.; TORRES, R. P. P.; GASPARETTO, A. FARINHA, L. B.; MATTOS, K. M. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde** (Santa Maria), vol. 39, n.2, Jul/Dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/223658346304>. Acesso em 06 de junho de 2019.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e intervenções de enfermagem: segurança do paciente e melhoria da qualidade**. Cap 4; p.35-58 [tradução de Silva Mariângela Spada...et al]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 5ª edição, 2013.

PEREIRA, E. B. F.; LIMA, G. P.; SILVA, H. A. G. B.; TEIXEIRA, K. M. H.; MODESTO, B. C. M.; NOVAES, M. A. Avaliação da qualidade dos registros de Enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos. Artigo original. **Rev. SOBECC**. São Paulo. Jan/Mar; 23 (1): 21-27, 2018. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882689/sobecc-v23n1\\_pt\\_21-27.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882689/sobecc-v23n1_pt_21-27.pdf). Acesso em 25 de setembro de 2018.

QUEIROZ, I. S.; Região Metropolitana do Cariri Cearense, a metrópole fora do eixo. **Mercator (Fortaleza)**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 93-104, Dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-22012014000300093&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-22012014000300093&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de dezembro de 2018.

RIBEIRO, H. C. T. C.; QUITES, H. F. O.; BREDES, A. C.; SOUSA, K. A. S.; ALVES, M. Adesão ao preenchimento do checklist de Segurança Cirúrgica. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.10, e00046216. Epub Nov 06, 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046216>. Acesso em 20 de maio de 2019.

SILVA, A. T.; ALVES, M.G.; SANCHES, R. S.; TERRA F. S.; RESK, Z. M. R. Assistência de Enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário Brasileiro. **Saúde em debate** [online]. Vol.40, n.111, pp.292-301. ISSN O103-1104, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000400292&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000400292&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em 02 de agosto de 2018.

SILVA, F. G.; JUNIOR, N. J. O.; OLIVEIRA, D. O.; NICOLETTI, D. R.; COMIN, E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Rev. SOBECC**, São Paulo. Out/dez; 20 (4): 202-209; 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n4/a5298.pdf> Acesso em 19 de setembro de 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M., **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4.ed.rev.atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

STUDART, R. M. B.; MELO, E. M.; SILVA, S. L. A.; SANTOS, A. K. L.; OLIVEIRA, A. N. M.; FALÇÃO, P. V.; NASCIMENTO, A. S. Avaliação Sobre a Segurança do Paciente Durante o Procedimento Anestésico-Cirúrgico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 5):2195-201, maio., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23375/19013>. Acesso em 20 de maio de 2019.

TOSTES, M. F. P.; MARAN, E.; RAIMUNDO, L. S.; MAI, L. D. Prática da Profilaxia Antimicrobiana Cirúrgica Como Fator de Segurança do Paciente. **Rev. SOBECC**, São Paulo. JAN./MAR. 2016; 21 (1): 13-21.

**APÊNDICE (S)**



**APÊNDICE A – Solicitação para Entrada de Campo****APÊNDICE A – Solicitação para Entrada de Campo**

Ao Hospital e Maternidade São Lucas – HMSL

Senhor (a) Diretor (a),

Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. autorização para realizar uma pesquisa intitulada “Protocolo de cirurgia segura em um hospital da região do Cariri” a ser realizada através da análise de prontuários dessa instituição hospitalar, e que tem por objetivo analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do Programa de Segurança do Paciente. Os dados obtidos serão utilizados no trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Dr. Leão Sampaio (FALS) e divulgado junto à comunidade científica, visando a contribuir para qualidade na assistência ao paciente cirúrgico relacionado as práticas de segurança ao paciente. Entendemos ainda, que trará contribuições ao desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Certa de contar com vossa atenção e com seu valioso apoio, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Catiana Moreira da Silva  
NOME DO ORIENTANDO

Shirley do Prado Farias Borges  
NOME DO ORIENTADOR

Juazeiro do Norte, 17 de dezembro de 2018

## APÊNDICE B – Solicitação de Dispensa de Uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### APÊNDICE B – Solicitação de Dispensa de Uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos pelo presente solicitar dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a implementação do estudo intitulado: "PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI". A presente solicitação justifica-se por se tratar-se de pesquisa documental, onde se verificará o preenchimento de dados em prontuário, retrospectivos dos meses de novembro e dezembro do ano de 2018 na fonte de dados a serem disponibilizadas pelo Hospital e Maternidade São Lucas (HMSL).

Asseguramos que a referida consulta só será iniciada após a devida autorização de uso dos arquivos pelo responsável administrativo (gestor ou seu representante) da instituição, enquanto FIEL DEPOSITÁRIO (Anexo B) das informações armazenadas, e mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Leão Sampaio.

Da mesma forma nos comprometemos a tratar os dados coletados observando todos os compromissos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações pessoais, de modo que nenhum sujeito da pesquisa seja identificado, durante a execução do estudo ou por ocasião da divulgação científica do mesmo.

Informamos que os dados serão utilizados exclusivamente para fins estabelecidos na presente pesquisa, e após a análise, os registros efetuados para o estudo serão devidamente arquivados.

Certos de vossa compreensão,

Atenciosamente,

Em 19 de março de 2019.

Olivera do Prado Flávio Borges

(Pesquisador responsável)

**ANEXO (S)**

## ANEXO A – Declaração de Anuência da Instituição Coparticipante



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS

Rua São Benedito, nº 243, São Miguel - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63010-545

**HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS****Declaração de Anuência da Instituição  
Co-participante**

Eu, MARIA JEANNE DE ALENCAR TAVARES, RG 96029319107 SSP-CE, CPF 47750448349, coordenadora do Núcleo Acadêmico de Ensino e Pesquisa, declaro ter lido o projeto intitulado "PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI" de responsabilidade da pesquisadora, Profa Shura do Prado Farias Borges RG: 2000034000144 SSP-CE, CPF:89617975300 que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP, autorizaremos a realização desta pesquisa no HOSPITAL MATERNIDADE SÃO LUCAS, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução de número 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante da presente pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte-CE 19 de Dezembro 2018

*Maria Jeanne de Alencar Tavares*  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

Jeanne Alencar Tavares  
Enfermeira Obstetra  
COREN - 098513

Rua São Benedito, 243 - São Miguel - 63020-080 - Fones: 8821410131 / 21410744  
CNPJ: 11422073/0001-98

## ANEXO B – Termo de Fiel Depositário



### TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu, Maria Jeanne de Alencar Tavares, RG 96029319107 SSP-CE, CPF 47750448349, coordenadora do Núcleo Acadêmico de Ensino e Pesquisa, **fiel depositário** dos prontuários e da base de dados do Hospital e Maternidade São Lucas CNPJ- 11.422.073/0001-98, na cidade de Juazeiro do Norte-CE, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, vem na melhor forma de direito declarar que a aluna **Catiana Moreira da Silva**, RG: 2007380123-7 SSP-CE, CPF 057240163-97 está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **“PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa Shura do Prado Farias Borges RG: 2000034000144 SSP-CE, CPF:89617975300, cujo objetivo geral é Analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do programa de segurança do paciente em uma instituição hospitalar presente no Sul do estado do Ceará. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.





Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes desta Instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da **Centro Universitário Dr. Leão Sampaio**, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, o(s) pesquisador (es) acima citados, compromete(m)-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorda(m), igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Juazeiro do Norte, 19 de Dezembro de 2018.

Jeanne Alencar Tavares  
Enfermeira Obstetra  
COREN - 098513

*Jeanne Alencar Tavares*

(ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL)

*Catiana Moneira da Silva*

(ASSINATURA DO (a) ALUNO)

*Shirley do Prado Farias Borges*

(ASSINATURA DO (A) PESQUISADOR RESPONSÁVEL)

## ANEXO C- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa CEP- UNILEÃO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.  
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO DO CARIRI

**Pesquisador:** Shura do Prado Farias Borges

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06435019.2.0000.5048

**Instituição Proponente:** Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.292.945

**Apresentação do Projeto:**

A política de segurança do paciente foi elaborada com a perspectiva de padronizar protocolos que visam a segurança do paciente em atendimentos diversos, entre estes o cirúrgico, promovendo assim uma educação permanente entre os profissionais no cuidado embasado em evidências em relação as práticas seguras para seus pacientes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a qualidade dos registros em prontuários no que concerne a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura do Programa de Segurança do Paciente em uma instituição hospitalar presente no Sul do Estado do Ceará.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios são adequadamente apresentados, inclusive solicitando dispensa do TCLE e justificando por tratar-se de ser um estudo documental a partir dos prontuários, mas que a consulta é referente aos processos operacionais realizados, não enfatizando as condições clínicas dos pacientes.

**Riscos**

"São considerados riscos leves para o desenvolvimento do presente estudo, sendo minimizados pelo pesquisador. Ao avaliar os documentos o pesquisador manuseará em local reservado e preservando a integridade de qualquer fonte de umidade ou calor, bem como, preservar de rasuras

**Endereço:** Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

**Bairro:** Planalto

**CEP:** 63.010-970

**UF:** CE

**Município:** JUAZEIRO DO NORTE

**Telefone:** (88)2101-1033

**Fax:** (88)2101-1033

**E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.  
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 3.292.945

ou sujidades, e após análise arquivados adequadamente a fim de garantir a confidencialidade e anonimato, resguardando de qualquer dano".

**Benefícios:**

"Os produtos deste estudo contribuirão para o desenvolvimento de tecnologias leves que tendem a proporcionar a qualidade do serviço prestado, e essencialmente a segurança do paciente e da equipe de profissionais que de forma direta e indireta se relacionam como os usuários submetidos ao objeto de estudo desta pesquisa".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa aborda uma temática relevante para sociedade, especialmente aos profissionais que podem aproveitar estes resultados para uma melhor gestão das ações no ambiente cirúrgico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São adequadamente apresentados o termo de fiel depositário, anuência, folha de rosto e anexos que auxiliam o entendimento da proposta de pesquisa.

**Recomendações:**

Sem recomendações que possam comprometer a realização do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta-se apto para seu desenvolvimento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1273382.pdf	19/03/2019 18:04:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLE.pdf	19/03/2019 17:58:28	Shura do Prado Farias Borges	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/03/2019 16:41:05	Shura do Prado Farias Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	19/03/2019 16:40:35	Shura do Prado Farias Borges	Aceito

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.  
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 3.292.945

Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSOANEXADOPELOPESQUISA DOR.pdf	09/01/2019 17:56:12	Shura do Prado Farias Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODAINSTITUICAOEINFR AESTRURURA.pdf	09/01/2019 17:53:27	Shura do Prado Farias Borges	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	17/12/2018 18:17:56	CATIANA MOREIRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/12/2018 12:15:05	Shura do Prado Farias Borges	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 29 de Abril de 2019

Assinado por:

**MARCIA DE SOUSA FIGUEREDO TEOTONIO**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n  
Bairro: Píonalto CEP: 63.010-970  
UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE  
Telefone: (88)2101-1033 Fax: (88)2101-1033 E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br