

Larissa de Siqueira Gutierrez

**PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO  
PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO**

Dissertação submetida ao Programa de  
em Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina para a  
obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem  
Orientador: Prof. Dr. José Luís Guedes  
dos Santos

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Gutierrez , Larissa de Siqueira  
PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE  
NO CENTRO CIRÚRGICO / Larissa de Siqueira Gutierrez  
; orientador, José Luís Guedes dos Santos, 2018.  
156 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3.  
Enfermagem de Centro Cirúrgico. 4. Supervisão de  
Enfermagem. 5. Gestão em Saúde. I. Santos, José Luís  
Guedes dos. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

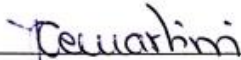
LARISSA DE SIQUEIRA GUTIERRES

**PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO  
CENTRO CIRÚRGICO**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada em sua forma final em 08 de dezembro de 2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa PEN/UFSC

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. José Luis Guedes dos Santos  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Rosete Camargo Maia  
Membro



Dedico esta Dissertação a todos os pacientes que precisarão um dia passar por um procedimento cirúrgico, para que o profissional que lhe prestar cuidado tenha o conhecimento necessário e esteja verdadeiramente comprometido em realizar as melhores práticas de cuidado para uma cirurgia segura.



## AGRADECIMENTOS

“O tempo muito me ensinou: Ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer na derrota, renunciar às palavras e pensamentos negativos. Acreditar nos valores humanos, e ser otimista. Aprendi que vale mais tentar que recuar... Antes acreditar que duvidar, que o que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada”  
(Cora Coralina)

### **Agradeço a todos que estiveram comigo nessa caminhada.**

Agradeço a Deus e à Nossa Sra. De Fátima em especial pela generosidade e grandiosidade do seu amor em me garantir tantas oportunidades, agradeço por guiar meu caminho para que escolhesse essa linda profissão: ser ENFERMEIRA. Agradeço por me proporcionar tanta saúde, disposição e entusiasmo, no qual me sinto obrigada a retribuir fazendo a diferença na prática dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico e, acima de tudo, na vida de todos os pacientes que já passaram por procedimento cirúrgico.

Ao meu orientador Professor Dr. José Luis que me acolheu desde o primeiro interesse em começar a fazer pesquisa, lá em 2013. Agradeço pela sua dedicação, carinho e estímulo, mas acima de tudo pela confiança. Obrigada por me extrair de mim o meu melhor e provar que a teoria e prática caminham lado a lado e que somente juntos é possível gerar o conhecimento que muda e transforma as práticas dos profissionais enfermeiros. Levarei comigo a honra de ter sido escolhida para ser sua primeira orientada.

Aos meus maravilhosos pais Moacir e Fátima, pelo privilégio de ter neles não apenas exemplo de família, mas o maior exemplo por eles serem professores. Sempre me ensinarão, dentre tantas coisas, que somente através do estudo, disciplina, retidão e fé conseguimos alcançar nossos objetivos. Agradeço aos meus irmãos Marcus Vinicius e Kawan por fazerem parte da minha jornada, ela não teria a mesma graça sem vocês. Agradeço ainda minha vó Palmira por ser a mulher mais maravilhosa que já conheci na vida e que sem dúvida é meu exemplo e a minha amada sogra por todo apoio, carinho e conselho.

Ao meu amado marido Flávio, essa conquista é nossa! Esse trabalho é fruto de muito companheirismo, compreensão, dedicação e amor. Durante esses dois anos de dedicação ele foi o meu ombro, meu amigo, meu cozinheiro, meu co-orientador, meu revisor. Eu não

conseguiria se ele não estivesse ao meu lado em cada dia que passamos juntos escrevendo e estudando. Como diria Mário Quintana: “O amor só é lindo, quando encontramos alguém que nos transforme no melhor que podemos ser”. Obrigada por me transformar a cada dia. Simplesmente Te amo! Não posso esquecer da Pandora, a maior companheira do Flávio de todas as inúmeras tardes de final de semana que passei na frente do computador

À minha equipe de enfermeiros do Bloco Cirúrgico, é com muito carinho que agradeço à Carla, Cássia e Kamily que estiveram comigo e me apoiaram desde o começo que decidi entrar no mestrado, vocês foram minha inspiração para o tema. Agradeço por muitas vezes segurarem a “barra” para que pudesse estar nas aulas ou estudando. Sem dúvida, vocês contribuíram muito para que eu chegasse ao fim, por terem contribuindo tanto com críticas, sugestões e participação. Ainda agradeço à Pauliny, Gabriela Duarte, Gabriela Xavier e Gabriela Winter juntas formam sem dúvida a melhor equipe que já tive a oportunidade de trabalhar. Estendo ainda o agradecimento à toda minha equipe de enfermagem do bloco cirúrgico, é pensando em melhorar a nossa rotina de trabalho e trazer mais segurança para nossos pacientes que esse estudo foi pensado.

Agradeço à minha sempre chefe Gisele, enfermeira que admiro e respeito muito, foi ela a real responsável por eu ter tido a coragem de enfrentar esse desafio. Lembro-me da sua vibração e incentivo para que eu entrasse no mestrado. Foi com o aval dela que participei do processo seletivo e tive a coragem para não desistir, mesmo nos dias mais difíceis no hospital. Agradeço ainda minha colega de profissão Georgia Schmitt por cada troca de experiência que vivenciamos juntas e ainda pelo seu marido o Jean que em nome da nossa amizade me ajudou muito com as postagens e os materiais.

Agradeço dois profissionais que tenho a honra de que trabalhar junto no meu dia a dia do centro cirúrgico, talvez não saibam, mas em muitas vezes foram em boa parte inspiração para que estudasse esse tema. Dr. Eden Edmir Rossi e Dr. Giovanni Locks. Trabalhando juntos, só reforça a minha certeza que não cirurgia segura sem verdadeiramente existir o trabalho em equipe.

Agradeço o Hospital Baía Sul, o melhor lugar que tive a oportunidade de trabalhar, agradeço o estímulo e por incentivarem o crescimento dos profissionais que trabalham no hospital. Agradeço de maneira muito especial agradeço toda a direção em nome do Dr. Irineu Brodbeck não apenas o melhor neurocirurgião que conheci na vida, mas um dos seres humanos mais extraordinário que tive a grande



oportunidade de conhecer, obrigada por me ensinar a essência do acolhimento e a ter juízo.

Agradeço aos meus amigos, os distantes, Beatriz, Aline, Marina e Fernanda. Agradeço às minhas amigas enfermeiras que admiro e me espelho muito Mariana, Patrícia, Claudinha, Aline e Carol, Patrícia minha ex chefe. Agradeço minhas amigas Dai, Paty, Zizi, Fábria, Ledi e Fran, sem nossas quartas a noite e as taças de vinho esse trabalho não teria chegado ao fim. Agradeço ainda à Mano e Aninha por serem amigas que entraram para ficar na minha vida e por muitas vezes nos acolhermos nas dificuldades do mestrado. Todas essas mulheres mostraram que a força de mulheres que admiro e que a amizade. A amigos são parentes que a gente escolheu, como diria a música “Quero chorar o seu choro, quero sorrir seu sorriso, valeu por você existir amigo”

Agradeço aos 248 enfermeiros de centro cirúrgico que dedicaram um tempo do seu dia para participar da minha pesquisa com carinho e compartilhar sua experiência e conhecimento, foi através deles que esse trabalho se tornou possível.

Agradeço aos apoiadores dessa pesquisa, COREN, REBRAENSP, ABEN, e de maneira mais que especial a SOBECC no nome da Marcia Takeiti – presidente gestão 2015 – 2017 que é uma enfermeira admirável de uma generosidade ímpar, agradeço muito o carinho e dedicação que tiveram comigo e com a minha pesquisa.

Agradeço de maneira especial a enfermeira de Centro Cirúrgico que mais admiro e respeito, Simone Garcia Lopes, agradeço por compartilhar comigo tanto conhecimento e experiência. Agradeço por nossos caminhos se cruzarem tantas vezes e agradeço mais ainda por poder compartilhar com você esse trabalho. Professora obrigada pelos conselhos, acolhimento e carinho que deu a cada encontro e ligação. Sempre vou seguir te admirando.

Agradeço aos meus colegas de mestrado em especial aos colegas do GEPADES, que contribuíram muito para melhorias.

Agradeço aos professores que participaram da Banca de qualificação e de dissertação pelas brilhantes contribuições.

Por fim, agradeço a todos não citados, mas que torceram por mim.



“Loucura é querer resultados diferentes fazendo  
tudo exatamente igual”  
(Albert Einstein).



## RESUMO

Este estudo teve como objetivos: (1) analisar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, a partir da perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico e (2) identificar as práticas e dificuldades de enfermeiros na gestão do cuidado para a promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico. Trata-se de uma pesquisa *survey online* exploratória-descrita, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário no *Google forms*®, no período de junho a agosto de 2017. Os participantes da pesquisa foram 220 enfermeiros de centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. O instrumento de coleta de dados foi composto por três partes: (1) dados sobre o perfil sócio profissional dos participantes; (2) questionário sobre o nível de concordância dos enfermeiros em relação ao cumprimento dos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas no seu local de trabalho; e, (3) perguntas abertas sobre as práticas e dificuldades dos enfermeiros na gestão do cuidado visando à segurança do paciente no centro cirúrgico. Os dados foram analisados com recursos da estatística descritiva. Nos resultados, quanto à adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, os maiores níveis de concordância total (n=144; 65,5%) e parcial (n=52; 23,6%) foram evidenciados no objetivo 1 - operar o paciente e local cirúrgico certos. Os maiores percentuais de discordância total (n=13; 5,9%) e parcial (n=27; 12,3%) foram registrados no objetivo 10 - o hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre capacidade, volume e resultados cirúrgicos. Portanto, exceto o objetivo 10, todos os demais objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas alcançaram nível de concordância acima de 80%. No tangente à gestão do cuidado, os participantes citaram 348 práticas de gestão do cuidado para a promoção da segurança do paciente, que foram agrupadas por similaridades e sintetizadas em 23 tópicos. A prática mais citada foi a aplicação do *checklist* de cirurgia segura. Quanto às dificuldades, obtiveram-se 292 citações, que foram agrupadas em 27 tópicos. As principais dificuldades foram o descomprometimento das equipes médicas, anestésicas e de enfermagem com as práticas de segurança e os problemas de comunicação e relacionamento interpessoal. Os resultados obtidos poderão contribuir com a prática dos enfermeiros em centro cirúrgico visando ao desenvolvimento de ações para a promoção da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Centros Cirúrgicos. Enfermagem de Centro Cirúrgico. Qualidade da Assistência à Saúde. Gerenciamento da Prática Profissional. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

This study aimed to: (1) analyze adherence to the objectives of the Safe Surgeries Save Lives Program, from the perspective of operating room nurses and (2) identify the practices and difficulties of nurses in the management of care for the promotion of patient safety in the operating room. It is an exploratory-descriptive online survey, with a quantitative approach. Data were collected from a questionnaire in *Google forms*®, between June and August 2017. The study participants were 220 operating room nurses from different regions of Brazil. The data collection instrument was composed of three parts: (1) data on the social and professional profile of participants; (2) a questionnaire on the level of agreement of the nurses in relation to the fulfillment of the objectives of the Safe Surgeries Save Lives Program in their workplace; and (3) open-ended questions about nurses' practices and difficulties in managing care for patient safety at the operating room. Data were analyzed using descriptive statistics. In the results, in relation to adherence to the objectives of the Safe Surgeries Save Lives Program, the highest levels of total agreement (n = 144, 65.5%) and partial agreement (n = 52, 23.6%) were evidenced in objective 1 - operate on the right patient at the right operating room. The highest percentages of total disagreement (n=13; 5.9%) and partial disagreement (n=27;12.3%) were recorded in objective 10 - hospital and public health systems establish routine surveillance of surgery capacity, volume and results.. Therefore, except for objective 10, all other objectives of the Safe Surgeries Save Lives Program achieved a level of agreement above 80%. In terms of care management, participants mentioned 348 care management practices for promoting patient safety, which were grouped by similarities and synthesized into 23 topics. The practice that was mentioned the most was the application of the safe surgery checklist. As for the difficulties, 292 mentions were obtained, which were grouped into 27 topics. The main difficulties were the lack of commitment of the medical, anesthesia and nursing teams with safety practices and problems related to communication and interpersonal relationship. The results obtained may contribute to the practice of nurses at the operating room, aiming at the development of actions to promote patient safety.

**Keywords:** Patient Safety. Surgicenters. Operating Room Nursing. Quality of Health Care. Practice Management. Health Management.





## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivos: (1) analizar la adhesión a los objetivos del Programa Cirugías Seguras Salvan Vidas, desde la perspectiva de enfermeros de quirófano y (2) identificar las prácticas y las dificultades de los enfermeros en la gestión del cuidado para la promoción de la seguridad del paciente en el quirófano. Se trata de una encuesta en línea exploratoria-descriptiva, con enfoque cuantitativo. La recolección de datos se realizó a partir de un cuestionario en *Google forms*®, en el período de junio a agosto de 2017. Los participantes de la investigación fueron 220 enfermeros de quirófanos de diferentes regiones de Brasil. El instrumento de recolección de datos se compuso de tres partes: (1) datos sobre el perfil social y profesional de los participantes; (2) cuestionario sobre el nivel de concordancia de los enfermeros en relación al cumplimiento de los objetivos del Programa Cirugías Seguras Salvan Vidas en su lugar de trabajo; y, (3) preguntas abiertas sobre las prácticas y dificultades de los enfermeros en la gestión del cuidado con miras a la seguridad del paciente en el quirófano. Los datos fueron analizados con recursos de estadística descriptiva. En los resultados, en cuanto a la adhesión a los objetivos del Programa Cirugías Seguras Salvan Vidas, los mayores niveles de concordancia total (n = 144, 65,5%) y parcial (n = 52, 23,6%) fueron evidenciados en el objetivo 1 - operar el paciente y lugar quirúrgico adecuados. Los mayores porcentuales de discordancia total (n=13; 5,9%) y parcial (n=27;12,3%) se registraron en el objetivo 10 - el hospital y los sistemas de salud pública establecen vigilancia de rutina sobre capacidad, volumen y resultados quirúrgicos. Por lo tanto, excepto el objetivo 10, todos los demás objetivos del Programa Cirugías Seguras Salvan Vidas alcanzaron nivel de concordancia por encima del 80%. En cuanto a la gestión del cuidado, los participantes citaron 348 prácticas de gestión del cuidado para la promoción de la seguridad del paciente, que fueron agrupadas por similitudes y sintetizadas en 23 tópicos. La práctica más citada fue la aplicación del *checklist* de cirugía segura. En cuanto a las dificultades, se obtuvieron 292 citas, que se agruparon en 27 tópicos. Las principales dificultades fueron la falta de compromiso de los equipos médicos, anestésicos y de enfermería con las prácticas de seguridad y los problemas de comunicación y relación interpersonal. Los resultados obtenidos pueden contribuir con la práctica de los enfermeros en el quirófano con el objetivo de desarrollar acciones para la promoción de la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente. Centros Quirúrgicos. Enfermería de Quirófano. Calidad de la Atención de Salud. Gestión de la Práctica Profesional. Gestión en Salud.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Campanha do Ministério da Saúde divulgação das 6 metas internacionais de segurança.....	50
--	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das ações desenvolvidas para divulgação na pesquisa na página do Facebook .....	68
Quadro 2 – Ações de divulgação da pesquisa por e-mail.....	70



## LISTA DE TABELAS

### **Manuscrito 1**

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros da amostra.....	78
Tabela 2 – Distribuição das respostas da adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas .....	80

### **Manuscrito 2**

Tabela 1 – Práticas de gestão do cuidado para a segurança do paciente no centro cirúrgico.....	98
Tabela 2 – Dificuldades dos enfermeiros na gestão do cuidado para a segurança do paciente em centro cirúrgico.....	99





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem Nacional  
ANVISA – Nacional de Vigilância Sanitária  
ASA – *American Society of Anesthesiologists*  
APEO – Anafilaxia Perioperatória  
AORN - *Association Operating Room Nurses*  
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CC – Centro Cirúrgico  
CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*  
CME – Central de Material Esterilizado  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CT – Concordo Totalmente  
CP – Concordo Parcialmente  
N – Neutro  
DT – Discordo Totalmente  
DP – Discordo Parcialmente  
Dp – Desvio Padrão  
EUA – Estados Unidos da América  
ISC – Infecção no Sítio Cirúrgico  
IFPN – *International Federations Perioperative Nurses*  
IOM – *Institute Of Medicine*  
FMEA – Failure Mode and Effect Analysis  
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente  
LILACS – Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Assistência à Saúde  
OPME – Órteses e Próteses Médicas Especiais  
PNSP – Plano Nacional de Segurança do Paciente  
POI – Pós-operatório Imediato  
POP – Procedimento Operacional Padrão  
RHS – Hipersensibilidade Sistêmica Grave  
RPA – Recuperação Pós Anestésica  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SAEP – Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico,  
Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização

SPSS – *Software Statistical Package for Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>38</b>
3.1	GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	38
3.2	CENTRO CIRÚRGICO COMO AMBIENTE DE CUIDADO .....	41
3.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO .....	44
3.4	SEGURANÇA DO PACIENTE .....	48
3.5	SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO .....	52
3.6	CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO.....	57
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>61</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	61
4.2	LOCAL DE PESQUISA .....	62
4.3	COLETA DE DADOS .....	62
<b>4.3.1</b>	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	<b>63</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Estratégias de coleta de dados on-line</b> .....	<b>65</b>
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	71
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	71
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	71
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>73</b>
5.1	MANUSCRITO 1 – ADESAO AOS OBJETIVOS DO PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO ...	73
5.2	MANUSCRITO 2 – GESTÃO DO CUIDADO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: PRÁTICAS E DIFICULDADES DE ENFERMEIROS .....	94
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>115</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>119</b>

<b>APÊNDICE A – Questionário na plataforma <i>Google forms</i>®.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE B – Convite por e-mail para pré-teste por especialistas .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE C – Envio do link do questionário por aplicativo de mensagem <i>Whatsapp</i>® .....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE D – Publicação do link do questionário na <i>timeline</i> do <i>Facebook</i>® .....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE E – <i>Fanpage</i> “Prática de cuidado e segurança do paciente no CC” para divulgação da pesquisa.....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE F – Publicação do questionário na <i>timeline</i> do <i>Linkedln</i>® .....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICE G – Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (COREN).....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE H - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (REBRAENSP NACIONAL) ..</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE I - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (União Nacional das Equipes de Centro Cirúrgico) .....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICE J - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (ABEN) .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE K - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (ANVISA como gestores de risco) .....</b>	<b>150</b>
<b>APÊNDICE L - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (Instituições com o Núcleo de Segurança do Paciente) .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido on-line.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO A – Autorização da SOBECC para o estudo... 153</b>	
<b>ANEXO B – Termo de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética .....</b>	<b>154</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Será que o protocolo de cirurgia segura por si só consegue promover a segurança do paciente no centro cirúrgico? O conceito de gestão do cuidado que compreende o provimento de tecnologias de saúde, recursos humanos, físicos e materiais necessário para cada tipo de cuidado a ser prestado, considerando a complexidade e a individualidade de cada paciente, traz essa amplitude de olhar que nos leva a entender que por meio do aprimoramento e gerenciamento de todas as práticas de cuidado é que será possível proporcionar a segurança do paciente. Dessa forma, reforça-se que “a segurança é o princípio fundamental do atendimento ao paciente e um componente essencial da gestão da qualidade” (FRANÇOLIN, 2013, p.19).

Este estudo tem como objeto de pesquisa as práticas de gestão<sup>1</sup> do cuidado realizadas por enfermeiros visando à segurança do paciente no ambiente de centro cirúrgico. Trata-se de uma proposta vinculada à linha de pesquisa Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde – GEPADES.

O termo gestão do cuidado compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação. Ele tem sido utilizado para caracterizar, principalmente, as atividades dos enfermeiros visando à realização de melhores práticas de cuidado e, conseqüentemente, obtenção de condições favoráveis à promoção do cuidado seguro ao paciente nos serviços de saúde (CHRISTOVAM, PORTO, OLIVEIRA, 2012; SANTOS et al., 2013). Dessa forma, existe uma relação de complementariedade entre saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar

---

<sup>1</sup>Adota-se um conceito ampliado de gestão, em consonância com Souza e Athayde (2011), Felli et al. (2011) e Melo e Santos (2012), os quais consideram que no seu exercício profissional todos os trabalhadores, em alguma medida, precisam decidir, pesar, debater, valorar, enfim, gerir suas atividades de trabalho. Nessa mesma linha de pensamento, não se coaduna com a ideia de que os conceitos de gestão e gerência se diferenciam conforme a posição hierárquica do indivíduo na direção de diferentes esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) ou nos serviços de saúde, entendendo que a abrangência administrativa é que se diferencia. Portanto, gestão e gerência são tratadas como sinônimos.

na prática do enfermeiro, de modo que a gestão do cuidado se configura como uma atividade meio da atividade fim, que é o cuidado de enfermagem (CHRISTOVAM, PORTO, OLIVEIRA, 2012; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

No ambiente do centro cirúrgico, o processo de cuidado assume duas formas: direta e indireta. Na forma direta, o enfermeiro realiza as práticas assistenciais diretamente ao paciente. Na forma indireta, o enfermeiro realiza ações administrativas, por meio do planejamento, delegação, liderança, controle, previsão de recursos, monitoramento das atividades, entre outros, assim, entende-se que quando o enfermeiro articula as duas formas de cuidado ele realiza a gestão do cuidado no centro cirúrgico (ROSSI, SILVA, 2005a; SANTOS, SILVA, GOMES, 2014).

No centro cirúrgico, composto por sala cirúrgica e recuperação pós anestésica (RPA) a dinâmica do cuidar e os cuidados de enfermagem são muito voltados à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, visando à recuperação do paciente (SILVA, ALVIM, 2010).

Historicamente, o enfermeiro é o responsável pela organização do centro cirúrgico proporcionando segurança e tornando-o confortável, é também o responsável pelo planejamento e pela supervisão da assistência que será prestada ao paciente assim, cada vez mais vem crescendo a necessidade de se aprimorar e desenvolver o cuidado direto prestado ao paciente (SOBECC, 2013; SANTOS, SILVA, GOMES, 2014).

Com a ampliação dos recursos tecnológicos disponíveis durante o ato anestésico-cirúrgico, a realização de cirurgias deixou de usar técnicas manuais e procedimentos simples e vem evoluindo para técnicas minimamente invasivas e cirurgia robótica. Esse novo cenário vem desafiando cada vez mais o enfermeiro a aprimorar e desenvolver no cuidado a ser prestado de maneira individual a cada paciente (OLIVEIRA, 2004; FONSECA, PENICHE, 2009).

Essa transformação tecnológica que se repercute não apenas no centro cirúrgico, mas da integralidade da assistência em todos os ambientes hospitalares exige que os enfermeiros assumam um perfil altamente especializado. O desafio da enfermagem, portanto, vem em não permitir que os avanços tecnológicos estejam à frente de suas características essenciais, ou seja, o cuidado (SANTOS, SILVA, GOMES, 2014).

Nesse contexto, Maya (2011) descreve a importância da preparação do ambiente cirúrgico para o cuidado durante o período

intraoperatório, de modo que o paciente esteja em segurança, mesmo nos momentos em que sua consciência não estiver em estado de alerta.

Santos, Silva e Gomes (2014) acrescentam que o cuidado prestado pelos enfermeiros é uma prática que valoriza o fazer em detrimento dos aspectos que tratam do acolhimento e da subjetividade inerente ao ser humano. Alguns profissionais enfermeiros do centro cirúrgico podem entender o cuidado, relacionado somente ao aspecto prático, ou seja, a realização de procedimentos e rotinas pré-determinadas. Nessa linha de pensamento, os autores ainda descrevem que o cuidado ocorre na prática a partir da influência e colaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que tem direcionamentos de cuidado para o bom desempenho da assistência ao paciente e à família (CASTELLANOS, JOUCLAS, 1990; CALEGARO et al., 2010).

Entre os desafios do enfermeiro no centro cirúrgico, a maior dificuldade é realizar diariamente na sua prática de trabalho o uso das ferramentas de gestão e organização, promoção do conforto e segurança do ambiente para equipe cirúrgica e promoção da segurança do paciente. Uma maneira de conseguir atingir esses objetivos é unificar essas atividades e planejar as ações dentro de um único conceito: gestão do cuidado (CALEGARO et al., 2010; CECÍLIO, 2011; SENA, NASCIMENTO, MAYA, 2011).

Considerando o conceito acima, o enfermeiro que atua no centro cirúrgico precisa embasar as suas decisões de modo a traduzir aos pacientes e integrantes da equipe multidisciplinar que o cuidado é a principal atividade da enfermagem.

O principal objetivo do trabalho da enfermagem no centro Cirúrgico é a realização de uma assistência segura, livre de danos, imperícia e imprudência. O ambiente cirúrgico é considerado altamente inseguro se comparado à aviação civil, o que faz da assistência prestada nesse ambiente mais perigosa. (OMS, 2009).

Nos países desenvolvidos, o índice de complicações importantes em procedimentos cirúrgicos é de 3 a 16%, sendo que cerca da metade desses eventos poderiam ser evitáveis. Além disso, as infecções e outras complicações pós-operatórias são também uma séria preocupação em todo o mundo (OMS, 2009).

Nesse cenário, em 2007, a Agência Nacional de Vigilância (ANVISA) preparou uma proposta nacional para a segurança do paciente com o objetivo de ajustar as propostas da OMS para o Brasil e identificar os tipos específicos de problemas de segurança nos serviços de saúde. Por meio dessa proposta, surgiu a iniciativa de promover em

outubro do mesmo ano o *workshop* “Segurança do Paciente: um Desafio Global”, em parceria com o Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2007).

Em 2009, a OMS divulgou um *guideline* contendo as diretrizes para a implantação do protocolo universal da segurança do paciente cirúrgico. Esse *guideline* foi pensando após a companhia “*Safe Surgery Saves Lives*”. No mesmo ano, esse manual foi traduzido para o português e intitulado “*Cirurgia Segura Salva Vidas*”. (OMS, 2009).

Seguindo essa linha de promoção da cultura de segurança no Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°36, de 25 de julho de 2013, instituiu ações de segurança do paciente em serviços de saúde, tornando obrigatório que todo estabelecimento de assistenciais de saúde deve ter constituída o núcleo de segurança do paciente (NSP). O NSP estabelece diversas estratégias visando a segurança do paciente com base nas metas internacionais de segurança. Entre essas ações, destaca-se a meta VI – Segurança Cirúrgica, Vale reforçar que nos centros cirúrgicos executam-se inúmeras práticas assistenciais que corroboram para a segurança do paciente e vão muito além da segurança no procedimento cirúrgico (BRASIL, 2013a).

O programa da cirurgia segura teve como intenção a redução do número de mortes e complicações cirúrgicas. Foram descritos 10 objetivos essenciais para garantir a segurança do paciente, a partir dos quais foi criado o checklist de cirurgia segura. Esse checklist contempla checagens antes de três momentos: indução anestésica, incisão cirúrgica e saída do paciente da sala cirúrgica (OMS, 2009).

Em síntese, esses 10 objetivos podem ser agrupados em quatro metas principais: prevenção de infecções de sítio cirúrgico, promoção de um ato anestésico seguro; criação de equipes cirúrgicas que trabalham de forma segura e utilização de indicadores de assistência cirúrgica (OMS, 2009).

Sob essa perspectiva, surge a reflexão: a cultura de segurança está inserida na realidade e prática dos enfermeiros brasileiros que atuam em centro cirúrgico? A cultura de segurança ainda é uma fragilidade nas instituições de saúde, em especial no ambiente do centro cirúrgico. É necessário que ações efetivas que favoreçam de fato a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico, ciente que a sua ausência pode gerar danos irreversíveis para os pacientes. Assim como os profissionais de saúde tem que conscientizar e se envolver de modo a buscar continuamente os valores e domínios de práticas seguras (CAUDURO et al., 2015).



Apesar da crescente discussão no Brasil sobre segurança do paciente no ambiente de centro cirúrgico, a produção científica sobre esse tema ainda é incipiente. Revisão integrativa no Brasil, acerca das temáticas abordadas nos estudos sobre segurança do paciente nas publicações entre 2009 a 2015 evidenciou que somente 3,45% dos estudos eram relacionados ao tema segurança no procedimento cirúrgico (SILVA et al., 2016a). Assim, reforça-se a importância do estudo da problemática e do tema proposto.

Além do panorama teórico apresentado, a justificativa para a realização deste estudo também está relacionada a minha experiência profissional na enfermagem, pois há mais de oito anos atuo em hospitais públicos e privados no bloco cirúrgico (centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e central de matérias esterilizado), sempre como enfermeira assistencial ou em cargo de supervisão e coordenação. Ao longo da minha trajetória, destaco o exercício do cargo de gestora de bloco cirúrgico em São Paulo e atualmente em Santa Catarina. Nessas realidades, pude vivenciar realidades muito diferentes, tanto do ponto de vista socioeconômico quando comparado a minha experiência no hospital público e privado, tanto do ponto de vista sociocultural quando comparado minha experiência em 3 blocos cirúrgicos em São Paulo e 2 blocos cirúrgicos em Santa Catarina. Diferenças essas, na atuação do exercício do enfermeiro assim como, algumas diferenças nas práticas de cuidado prestada por toda a equipe.

A partir dessas experiências, observei que algumas dificuldades encontradas foram as mesmas e apesar das diferenças nas duas realidades fica muito evidente a importância dos enfermeiros na realização da gestão e do planejamento do cuidado no centro cirúrgico. De modo muito prático, qualquer procedimento cirúrgico, seja de pequena, média ou alta complexidade, inicia-se muito antes da entrada do paciente no centro cirúrgico, no qual o enfermeiro realiza um papel fundamental de planejador do procedimento cirúrgico. Cabe a ele a avaliação de todos os riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos, de tal modo, que o resultado final seja o procedimento cirúrgico realizado com segurança para o paciente e equipe.

O enfermeiro atua em conjunto com o médico anestesiológico para o planejamento do ato anestésico e preparação de materiais, medicamentos, necessidades do ambiente para garantir a prevenção e preparo da equipe na atuação de possíveis riscos à exemplo: via área difícil. O enfermeiro também faz o *link* entre as necessidades da equipe cirúrgica, tal como: equipamentos, instrumentais cirúrgicos, órteses próteses médicas especiais (OPME).

Além disso, o enfermeiro também exerce ao mesmo tempo o dimensionamento da agenda cirúrgica e o importante papel de liderança na equipe de enfermagem, no qual envolve o uso de técnicas administrativas além das atividades de treinamento e capacitação. Outro papel fundamental do enfermeiro é atuação no plano de cuidado de cada paciente desde o pré até o pós-operatório imediato (POI) utilizando ferramentas como o SAEP.

Apesar do papel extremamente importante do enfermeiro no bloco cirúrgico, percebo que, muitas vezes, a sua atuação acaba sendo mais direcionada ao atendimento das necessidades de conforto da equipe cirúrgica, do que ao planejamento e execução de um plano de cuidados individualizado para cada paciente. Como consequência, práticas de promoção do bem-estar e da segurança dos pacientes ficam em segundo plano.

O enfermeiro passa o dia envolvido nas ações do saber-fazer gerenciar. Assim, o resultado final esperado pelo paciente e equipe cirúrgica, muitas vezes, não é atendido. Além disso, percebo diversos fatores que contribuem para que o enfermeiro do centro cirúrgico tenha dificuldade em focar as suas ações nas práticas do cuidado: alta demanda de atividades (assistenciais, administrativas, liderança), subdimensionamento da equipe de enfermagem, número insuficiente de enfermeiros necessário por sala cirúrgica, em especial ausência de direcionamento das práticas essenciais de cuidado que necessitam ser seguidas – protocolos assistenciais. É notável a falta de realização e execução do plano de cuidado está vinculada muito mais a forma como o enfermeiro busca realizar a gestão do cuidado. Existe também falha por parte da alta liderança (direção e coordenações), que muitas vezes não consegue priorizar ou fazer os investimentos necessários para que as práticas de cuidado sejam realizadas de modo mais seguro. Existe ainda a situação econômica do país no qual o repasse para os hospitais públicos e a baixa remuneração dos planos de saúde, inviabiliza cada vez mais os investimentos em segurança e melhores práticas de cuidado.

Diante desse cenário, evidencia-se a dificuldade do enfermeiro em realizar a gestão do cuidado no qual contempla a junção das duas esferas assistenciais e gerenciais no qual contempla diferentes ferramentas tais como, liderança, previsão de recursos, planejamento, no centro cirúrgico de maneira abrangente como estratégia para a segurança do paciente. Entendo que somente por meio da gestão do cuidado é que se torna possível executar, monitorar, corrigir e melhorar as práticas assistenciais e como resultado final garantir um cuidado seguro ao paciente, livre de dano, negligência, imperícia ou imprudência.

Assim, com base no panorama apresentado, ocorreu a iniciativa de desenvolver este estudo, que teve como **questões de pesquisa**: Quais são as práticas de gestão do cuidado realizadas pelos enfermeiros no centro cirúrgico visando à segurança do paciente? Qual é adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas na perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico?

O estudo dessa problemática poderá contribuir com a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, ao fornecer subsídios para: (1) ampliar o entendimento da equipe cirúrgica sobre a gestão do cuidado no centro cirúrgico realizada pelo enfermeiro; (2) contribuir para a compreensão dos enfermeiros quanto à importância da gestão do cuidado em centro cirúrgico; (3) disponibilizar conhecimento teórico-prático sobre gestão do cuidado de enfermagem; e, (4) propor estratégias/ações de gestão do cuidado que potencializem a segurança cirúrgica.



## 2 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos:

- Analisar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, a partir da perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico; e,
- Identificar as práticas e dificuldades de enfermeiros na gestão do cuidado para a promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico.

### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica desta pesquisa foi realizada por meio de uma revisão narrativa da literatura. Foram realizadas buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com as palavras chaves e/ou os descritores: cuidados de enfermagem, centro cirúrgico, segurança do paciente, gestão do cuidado. As buscas foram realizadas sem recorte temporal, priorizando estudos publicados a partir de 2012.

Dessa forma, foram desenvolvidos cinco tópicos para a sustentação teórico do estudo: 1) Gestão do cuidado de enfermagem; 2) Centro cirúrgico como ambiente de cuidado; 3) Atuação do enfermeiro no centro cirúrgico; 4) Segurança do paciente; e, 5) Segurança do paciente no centro cirúrgico.

#### 3.1 GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

No século XIX, Florence Nightingale trouxe o conceito sobre o papel de quem cuida, por meio dele é fundamentado e fortalecido o papel da enfermagem. A sua grande contribuição foi transformar o cuidado em ciência e o enfermeiro como o agente principal da ciência do cuidar. O resultado dessa transformação fez com que o enfermeiro ganhasse espaço nos estabelecimentos de assistência à saúde e fosse reconhecido dentro do ambiente não mais como um cuidador – agente de executa o cuidado, mas como aquele que promove o cuidado nas diferentes dimensões (CECILIO, 2011; CHAVES, SOLAI, 2013).

Os estabelecimentos de assistência à saúde considerando sua complexidade são compostos “por variáveis ou fatores que influenciam na forma como se processará o cuidado”. Assim, cabe ao enfermeiro encontrar estratégias e meios de promover o cuidado gerenciando todas essas variáveis a fim de conseguir alcançar o objetivo final – promover a saúde, o bem-estar e a segurança ao paciente (WALDOW, 2008, p.91-92).

De acordo com Salbego (2015, p.51), o “cuidado, portanto, engloba atos, comportamentos e atitudes. Atos realizados no cuidado variam, de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido”. Nesse sentido, o cuidado pode ser considerado como o alívio do sofrimento humano, manutenção da dignidade e provisão de condições para o bem-estar do outro.

Para Silva e Alvim (2010), o cuidado de enfermagem ocorre na implicação da intervenção direta com o paciente, visando a restauração completa. Porém, incluindo nesse contexto o ambiente que o realiza, buscando o conforto e bem-estar, harmonia e equilíbrio.

Entendendo o cuidado como ciência e que para a sua realização plena, o enfermeiro deve considerar as diversas variáveis dos estabelecimentos de assistência à saúde. O enfermeiro deve direcionar as ações entendendo que cada ser humano é único e requer o cuidado individualizado, no qual, será possível executar um plano de cuidados eficaz se realizado sistematicamente através da gestão do cuidado independente da unidade em que atua (SILVA, ALVIM, 2010).

A concepção do cuidado está relacionada com o ambiente – entendido como orgânico, mas também envolve os aspectos ligados a integração entre os profissionais, o corpo biológico, o ambiente físico e moral em que o paciente se encontra e na valorização à expectativa do paciente no seu processo de cuidar (SILVA, ALVIM, 2010). Esse cuidado integral é resultado de práticas de cuidado que proporcionam o dinamismo necessário para que ocorra o equilíbrio entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, mentais e espirituais, ou seja, relaciona na prática de cuidado o corpo, mente e ambiente, a partir do entendimento de que cada paciente é único (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

Os autores também trazem uma reflexão importante, pois descrevem que os estabelecimentos assistenciais de saúde é que definem a filosofia da assistência a ser prestada, assim, de maneira prática e literal acaba definindo a maneira como deverá ocorrer a dimensão do cuidar por meio do binômio equipe de saúde e paciente, de modo que seus valores e princípios possam ser traduzidos nas práticas de cuidado (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

O enfermeiro no seu ambiente de cuidado preocupa-se com a organização do tempo, provisão dos recursos materiais e humanos e as relações interpessoais. O enfermeiro tem o desafio de manter o ambiente em condições favoráveis para o desenvolvimento das práticas de cuidado por todos os diferentes membros da equipe (SILVA, ALVIM, 2010).

Rossi e Silva (2005b) trazem que no Brasil o enfermeiro é quem pratica a gerência do cuidado, sendo assim, de suma importância reconhecer o cuidado como algo que deve ser gerenciado em todo o universo dos estabelecimentos de saúde. Define-se gestão do cuidado como o “provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de

acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (CECILIO, 2011, p. 589).

Cecílio (2011) fundamenta a gestão do cuidado em cinco dimensões: familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. O autor entende que tudo deve ser considerado na hora de realizar o plano de cuidados e o planejamento das ações, que poderão ser: gerenciais ou assistenciais. A dimensão pessoal e familiar considera as diferenças individuais da vida de cada pessoa e dos que a cercam. A dimensão profissional considera o meio profissional onde o enfermeiro atua com os demais membros da equipe, nessa dimensão é incluída também a competência-técnica dos profissionais de saúde. A dimensão organizacional considera as características e os modos de organização do processo de trabalho. A dimensão sistêmica considera as relações com os serviços parceiros e a rede ofertada para cada paciente entre governo e operadoras de saúde. A dimensão societária considera as políticas públicas e suas interferências nos sistemas de saúde e no processo do cuidar.

Com base nessas dimensões, para que a gestão do cuidado possa ser realizada, o enfermeiro deve construir um método sistemático que permita traduzir as ações em atividades práticas executadas por ele ou por membros da equipe. Alguns autores trazem essas ações de maneira variada, porém é senso comum que todas buscam o resultado final: uma assistência de qualidade ao paciente. As ações podem ser direta ou indireta e serem realizadas por uma série de atividades, que envolvem: conhecimento técnico, comunicação, planejamento, controle, liderança, capacitação e desenvolvimento, além da realização de procedimentos privativos do enfermeiro (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009; CHRISTOVAM, PORTO, OLIVEIRA, 2012; SANTOS et al., 2014).

Na gestão do cuidado deve ser considerada algumas competências dos enfermeiros e entre eles, a liderança da equipe do processo de gestão. Atribuem-se por meio desse processo a necessidade de o enfermeiro desenvolver também competências relacionadas à comunicação, tomada de decisão e liderança. Outra competência importante nesse processo é efetiva comunicação entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado do paciente de maneira a assegurar que o cuidado seja prestado de maneira segura e continua (AGÜERO, KLIJN, 2010).

Entre as competências supracitadas, a liderança é considerada umas das principais, para que o enfermeiro possa realizar efetivamente a gestão do cuidado. Um estudo realizado no sul do Brasil trouxe aspectos



importantes da prática dos enfermeiros como líder. O estudo concluiu que, por meio da liderança, o enfermeiro pode tornar possível que as práticas de cuidado realizadas pela equipe de trabalho façam com que o resultado seja a excelência no atendimento ao paciente (BRAGA et al., 2016).

A atuação do enfermeiro como líder deve ocorrer na esfera da coordenação e supervisão das práticas assistenciais, tal como, no processo de educação e treinamento contínuo da equipe. Nesse sentido, é importante a definição de metas visando à qualidade da assistência prestada, por meio do estímulo e do desenvolvimento do potencial da equipe de trabalho (BRAGA et al., 2016).

Ainda sobre liderança e sua associação ao processo de gestão do cuidado, observa-se que o diálogo e a interação com os diferentes membros da equipe são ferramentas primordiais para o sucesso e resultados da equipe. A atuação do enfermeiro na resolução de conflitos é uma estratégia fundamental para o exercício da liderança e, conseqüentemente, a realização da gestão do cuidado (BRAGA et al., 2016). Apesar disso, de acordo com Christovam, Porto e Oliveira (2012), os enfermeiros e os demais profissionais de saúde têm dificuldade de entender que as ações tidas como administrativas estão indiretamente vinculadas ao cuidado, é por meio da gerência da unidade, do ambiente, da equipe e dos recursos e tecnologias que conseguimos executar as ações de cuidado que resultam em segurança.

A partir da compreensão da importância da gestão do cuidado na prática do enfermeiro no centro cirúrgico, que deve ser considerada a perfeita sintonia entre a execução de práticas assistenciais de cuidado, tais como, sondagem vesical, posicionamento cirúrgico, e as práticas gerenciais, no qual o enfermeiro se apresentar como líder de equipe, gestor de unidade e planejador do cuidado a ser prestado e previsor dos recursos necessários para cada procedimento considerando o paciente como centro do processo de cuidado. Diante desse conceito se faz necessário discutir o contexto do centro cirúrgico como ambiente de cuidado e as ações de gestão do cuidado para a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico.

### 3.2 CENTRO CIRÚRGICO COMO AMBIENTE DE CUIDADO

A assistência cirúrgica é considerada fundamental nos aspectos de saúde mundial. À medida que a expectativa de vida mundial nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos aumenta também a quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados, em função do aumento da

incidência de traumas, câncer, doenças cardiopulmonares, etc. (WHO, 2009; SOUZA et al., 2011).

No contexto hospitalar, o centro cirúrgico é tido como uma unidade complexa e é considerando um ambiente altamente inseguro e susceptível a ocorrências de eventos adversos. Essa complexidade está relacionada às diferentes características das formas de cuidado, a diversidade dos procedimentos e tecnologias utilizadas, assim como, a intensa e diversificada atuação dos mais variados profissionais. (SOUZA et al., 2011, p. 128).

No ambiente cirúrgico há um conjunto de elementos destinados aos procedimentos cirúrgicos. É fundamental a obtenção de condições adequadas no momento do ato anestésico-cirúrgico que favoreça e garanta a segurança dos pacientes, tanto da perspectiva física e também psicológica, levando em consideração a segurança e integridade dos membros da equipe cirúrgica (OLIVEIRA, et al., 2014).

Existem diversas características que se apresentam no centro cirúrgico, por ser uma unidade que contempla um sistema sociotécnico estruturado, administrativo e psicossocial. Sua principal característica é a sua complexidade, não apenas pelos procedimentos cirúrgicos-anestésicos que envolvem diferentes profissionais, mas também pelo uso de diferentes tecnologias para o ato cirúrgico. O centro cirúrgico de modo particular está inserido quase que obrigatoriamente no contexto hospitalar, o que faz com que tenha conexão com as diferentes áreas e estruturas (CARVALHO, MORAES, 2016).

O constante monitoramento do ambiente de cuidado crítico, tal como, o centro cirúrgico tem como intuito garantir a segurança ao paciente durante todos os momentos que envolvem o ato cirúrgico. Dessa forma, é contínua a busca por ferramentas e protocolos visando ao planejamento dos procedimentos anestésicos-cirúrgico e direcionamento das práticas assistências da equipe cirúrgica (BOHOMOL, MELO, 2016).

Outro fator de relevância que torna o centro cirúrgico uma unidade com cuidado ainda mais complexo é o avanço decorrente do aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e anestésicas. Está cada vez mais frequente a ampliação dos recursos tecnológicos disponíveis durante o ato anestésico-cirúrgico, atualmente a evolução da cirurgia vem crescendo no âmbito da cirurgia robótica. (OLIVEIRA, 2004; FONSECA, PENICHE, 2009).

É importante destacar que o valor de novas tecnologias não deve superar a importância da assistência prestada ao paciente. Os membros da equipe de saúde precisam ter a clareza de que as práticas de cuidado

são pautadas no respeito humano e no seguimento dos princípios éticos-morais que permeiam o convívio entre o paciente e os profissionais. (OLIVERA, 2004)

Devido às características do setor, a dinâmica do cuidado da enfermagem é voltada para as intervenções assistenciais de competência técnica. Porém, incluem consubstancialmente as intervenções de natureza subjetiva, tal como: demonstração de afeto, conversa, toque, de tal modo, que isso se expressa em uma das formas de cuidado (SILVA, ALVIM, 2010).

A atuação no centro cirúrgico abrange profissionais das mais várias áreas de formação, sendo esse um dos grandes desafios para a prática de gestão do cuidado pelo enfermeiro. Considera-se que a equipe cirúrgica é composta por uma equipe interdisciplinar que atuam em diferentes áreas do conhecimento: (1) médicos, tais como, cirurgião principal, cirurgião auxiliar, anesthesiologista, patologista, entre outros; (2) profissionais de enfermagem, tais como, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, instrumentadores; (3) profissionais de farmácia: farmacêuticos e técnicos de farmácia; e, (4) profissionais de engenharia, engenheiro clínico e técnico de engenharia. Ainda compõe a equipe cirúrgica, físico médico, técnico em radiologia, higienista, assistente administrativo, entre outros. Destaque-se que a equipe de enfermagem é a única que está presente em todas as etapas do período cirúrgico (BOHOMOL, MELO, 2016; JACQUES et al., 2015).

Souza et al. (2011) ressaltam a importância do preparo e da qualificação da equipe no centro cirúrgico, seja na atuação do cuidado ao paciente eletivo, ou na atuação de intercorrências que podem ocorrer. A atuação adequada da equipe é um dos fatores mais importantes para evitar eventos adversos relacionado à assistência e garantir a segurança do paciente.

O cuidado no centro cirúrgico ancora-se na relação do profissional com o cuidado em si próprio, como por exemplo, o uso dos variados equipamentos de proteção individual, assim como, o cuidado ao outro. A subjetividade nesse tipo de cuidado, apesar de recebida pelo paciente, nem sempre é compreendida pelos demais membros da equipe. A presença da enfermeira junto ao leito, tem sido essencial para que o olhar para a subjetividade do cuidado seja valorizado. (SILVA, ALVIM, 2010; SALBEGO, 2015).

Acredita-se que a gestão do cuidado exercida pelo enfermeiro no centro cirúrgico deve ser guiada por normas de qualidades que contribuam para melhores práticas de cuidado e individualização do

cuidado, visto que é essa gestão que irá determinar o resultado final da assistência prestada ao paciente. (CARVALHO, MORAES, 2016)

Estudo realizado por Salbego (2015) sobre os significados do cuidado para a equipe de enfermagem no centro cirúrgico, evidenciou que o cuidado de enfermagem ocorre entre: paciente, família e trabalhadores da equipe de enfermagem. Igualmente revelou que apesar do centro cirúrgico ser considerada uma unidade fechada e altamente tecnicista, a equipe de enfermagem tem o papel fundamental inserir na sua prática de cuidado ações subjetivas, que vão além de técnicas e processos de cuidados. Tais práticas proporcionam um ambiente de cuidado acolhedor não só ao paciente, como também aos seus familiares.

Outro aspecto do trabalho no centro cirúrgico é o estresse presente na rotina diária dos profissionais, pois ele pode interferir na prática de cuidado da equipe de enfermagem. Desse modo, estudo realizado por Jacques et al. (2015) identificou os fatores gerados de estresse para equipe de enfermagem atuante no centro cirúrgico: sobrecarga de trabalho, falta de tempo para a realização correta das atividades destinadas, falta de planejamento das atividades, ausência de capacitações para o uso correto de recursos e para atuar com as diferentes tecnologias.

Esses aspectos geradores de estresse podem interferir na segurança do cuidado prestado ao paciente. Considerando que as tecnologias contribuem para o fortalecimento e inovação do cuidado prestado pela equipe ao paciente cirúrgico, impõe-se a necessidade do enfermeiro em adaptar-se e atualizar-se constantemente para que possa direcionar, capacitar, supervisionar e contribuir para que o cuidado prestado pela equipe possa ser seguro sem perder a inovação e exigências tecnológicas (OLIVEIRA, 2004).

### 3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

O enfermeiro é o responsável por fazer o *link* entre as tecnologias e as práticas de cuidado em busca da segurança do paciente. O gerenciamento das tecnologias, das relações entre as equipes, e uso de ferramentas sistematizadas do processo do cuidado, são algumas estratégias que o enfermeiro utiliza para realizar a gestão do cuidado no centro cirúrgico (OLIVEIRA, 2004; SILVA, ALVIM, 2010; SANTOS et al., 2013).

A associação Norte Americana de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (*Association of periOperative Registered Nurses – AORN*)

define a prática de gestão do cuidado de enfermagem no centro cirúrgico como: a coordenação das funções relacionados com o cuidado de enfermagem aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, traz que o enfermeiro como o responsável pela gestão do cuidado. O enfermeiro tem a capacidade de reconhecer as melhores práticas e equilibrando a execução do serviço e atendimento as necessidades humanas básicas do paciente (AORN, 2014).

No centro cirúrgico, o enfermeiro realiza o cuidado indireto por meio, previsão e provisão dos recursos, organização, controle da unidade, que muitas vezes, o afasta da assistência direta prestado ao paciente. O cuidado direto é prestado em momentos específicos, incluindo o atendimento de urgência e emergência (GRITEM, MEIER, PERES, 2009; BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

O enfermeiro deve participar ativamente do momento anestésico, intraoperatório e pós-operatório, no qual, planeja a assistência que será prestada por meio da realização do plano de cuidados. O enfermeiro deve associar as diretrizes da profissão, melhores práticas de cuidado e o modelo assistencial estabelecido nos estabelecimentos de assistenciais de saúde de atuação (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

A práxis do enfermeiro no centro cirúrgico é pautada em dois interesses: técnicos e práticos. Ao assumir a gestão da unidade existe a emancipação que contribui para a busca de conquistas na sua maioria coletivas. As definições das atribuições são embasadas em conhecimento por meio da atuação técnico-científica e de participação na organização. (PORFIRIO et al., 2016).

Ainda sobre a práxis, existe um caminho longo sobre a aceitação da responsabilidade político-social que o enfermeiro do centro cirúrgico enfrenta diariamente. No desempenho cotidiano de seu papel, ele traz a força e a importância da atuação do profissional nas práticas cirúrgicas-anestésicas e contribui para o reconhecimento da profissão nas organizações e com a equipe cirúrgica (PORFIRIO et al., 2016).

A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico tem como foco principal garantir a segurança o paciente na execução dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos que serão realizados pelos diferentes membros da equipe cirúrgica. É sabido que ocorre variação na atuação do enfermeiro quando comparamos diferentes realidades e estabelecimentos de assistência à saúde (POSSARI, 2009; SOBECC, 2013).

O enfermeiro atuando como o responsável pela coordenação da assistência de enfermagem prestada ao paciente no período perioperatório, utiliza da liderança para que ocorra a implementação de melhores práticas. Tal afirmativa deve ser considerada

independentemente do tipo de organização em que ele atua: filantrópico, privado ou público (OLIVEIRA, 2004; BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

O conhecimento dos processos de produção dentro do centro cirúrgico é dinâmico e gradual. A alta complexidade dos processos e das relações de trabalho contribuem para que o enfermeiro se desenvolva com gestor técnico-administrativo dessa unidade. Existe um fortalecer na capacidade de resolução e análise de problemas, alternativas comportamentais, aumento da capacidade de se sobrepor e construir positivamente diante das adversidades, buscando a captação de novas práticas do estilo gerencial (PORFIRIO et al., 2016).

No ambiente cirúrgico, não existe sucesso em procedimento cirúrgico anestésico se não for considerado a satisfação do paciente, da família, mas também a satisfação da equipe cirúrgica. O gestor do cuidado no centro cirúrgico utiliza de algumas habilidades para promover essa satisfação: planejamento, previsão de recursos, liderança, gestão de mudança, negociação, resolução de conflito, trabalho sob pressão e avaliação das melhores práticas. O resultado final é sempre elevar a satisfação dos usuários promovendo a segurança do paciente (CARVALHO, COUTINHO, COSTA, 2016; PORFIRIO et al., 2016).

Ao enfermeiro também deve ser atribuída a responsabilidade de estar constantemente se atualizado com relação às legislações vigentes nacionais e internacionais, além da inclusão e participação nas discussões, que visem garantir maior segurança e melhores práticas de cuidado (BIANCHINI, TURRINI, JARDIM, 2016)

É fundamental a gestão do tempo seja realizada pelo enfermeiro, a habilidade de delegar as atividades para a equipe multidisciplinar garante a organização do centro cirúrgico e compõe processo efetivo de gestão do cuidado. (GRITEM, MEIER, PERES, 2009; CHRISTOVAM, PORTO, OLIVEIRA, 2012; SANTOS et al., 2014)

Existe uma grande propulsão em todo o contexto hospitalar, desde a evolução a ampliação do conhecimento técnico-ético-profissional e pessoal que atua em centro cirúrgico. Dessa maneira, na gestão do centro cirúrgico, o enfermeiro necessita de uma variedade de habilidades e conhecimentos, para que possa desenvolver a equipe em busca de desempenhar suas atividades atingindo níveis de eficiência (otimização e uso correto dos recursos) e de eficácia (alcance dos resultados esperados e ideais) (PORFIRIO et al., 2016).

Independente do profissional que realiza o gerenciamento do centro cirúrgico, os princípios básicos da administração moderna devem ser aplicados. O gestor do cuidado deve monitorar a produção do

serviço, utilização correta dos espaços, desempenho das equipes e os resultados para o paciente (BOHOMOL, MELO, 2016).

Grittem, Meier e Peres (2009) trazem em seu estudo que existem alguns conflitos com relação às atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico e que, em alguns estabelecimentos de assistência à saúde, se propõe a separar os dois processos: assistência e gerência. Essa é uma dicotomia antiga, que os estudos têm buscado desconstruir. Aproximar cada vez mais esses dois processos através da aplicação do conceito de gestão do cuidado é um desafio do enfermeiro de centro cirúrgico.

A gestão do cuidado na unidade cirúrgica deve ocorrer de maneira sistemática e metodológica. O enfermeiro tem como ferramenta disponível a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, esta é a ferramenta que torna possível realizar o plano de cuidados assim como operacionalizar a sua execução. A Resolução nº 358/2009 do Conselho Regional de Enfermagem – COFEN dispõe que todas os estabelecimentos de assistenciais de saúde (públicas ou privadas) deve implementar a SAE.

O processo de enfermagem consiste em organizar o trabalho do enfermeiro em cinco etapas que se inter-relacionam: histórico de enfermagem e/ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição/planejamento da assistência de enfermagem, implementação da assistência, evolução/avaliação de enfermagem (COFEN, 2009; SOBECC, 2013; CHAVES, SOLAI, 2013).

Castellanos e Jouclas (1990) fundamentaram um conceito que perpetua até os dias de hoje. Entende-se que devido à complexidade, especificidade ao paciente que seria submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico, se faz necessário um plano de enfermagem direcionado em todas as etapas que compõe o período perioperatório, entendido como a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP.

Grittem, Meier e Peres (2009, p. 2) descrevem a “SAEP como uma tecnologia de enfermagem implica em qualificar a assistência de enfermagem para aprimorá-la por meio de ações reflexivas, com a aplicação de todas as etapas do processo de enfermagem, pautadas pelos conhecimentos que sustentam a profissão”.

O SAEP contribui para a diminuição dos índices de infecção (eventos adversos) e para que as ações do enfermeiro sejam direcionadas para propiciar o conforto dos familiares, equipe multidisciplinar e a segurança do paciente. A sistematização proporciona benefícios ao paciente e família, pois contribui para um cuidado individualizado promovendo o entendimento de suas necessidades básicas (GRITTE,

MAEIRES, PERES, 2009; BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

O SAEP deve ser realizada em todo o período perioperatório, que se divide em etapas: pré-operatório, pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato. No período transoperatório: entendido como desde a entrada do paciente na porta do centro cirúrgico até a saída da sala de cirurgia, deve ser incluindo a realização de um *checklist* de segurança, composto por três etapas: *check in*, *time out* e *check out* (SOBECC, 2013; OMS, 2009)

A constante busca pela qualidade assistencial, de maneira que o cuidado possa se apresentar seguro e individualizado, direciona a equipe de cuidado a buscar um processo planejado, sistemático e contínuo que precisa ser monitorado e avaliado. Faz-se necessário que seja adotado um modelo de assistência que possa fundamentar a prática, a teoria e filosofia das práticas dos cuidados de enfermagem perioperatória (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016).

### 3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE

O movimento conhecido como Segurança do Paciente ganhou maior divulgação e importância mundial após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* em 1999. Esse relatório retratou um panorama um tanto assustador sobre os erros relacionados à assistência prestada ao paciente. A partir disso, diversas iniciativas foram desenvolvidas para estimular a propagação da importância da criação de estratégias visando à segurança do paciente (WACHTER, 2013).

A partir dos anos 2000, o tema segurança do paciente tornou-se a grande preocupação dos estabelecimentos e serviços de assistência à saúde. O tema tem ganhado ampla projeção mundial por meio das mídias e redes sociais, levando-o para além das discussões entre especialistas e profissionais de saúde, ampliando este debate para a sociedade. O objetivo da abordagem desse tema deve ser proporcionar melhorias nas práticas assistenciais, por meio das evidências sobre os impactos que os eventos adversos têm gerado aos pacientes (LOURENÇÃO, TRONCHIN, 2016).

São crescentes as iniciativas para o alcance da qualidade na assistência e, conseqüentemente, promoção da segurança do paciente. Existe grande interesse por parte da dos órgãos diretivos e alta direção dos estabelecimentos de assistenciais de saúde, que a meta de qualidade seja diretamente proporcional ao uso racional e otimização dos recursos.



Através de ferramentas que propiciem as melhores práticas de gestão do cuidado e resulte na segurança do paciente (OLIVEIRA et al., 2014).

As discussões sobre a segurança e as estratégias de manutenção e prevenção dos erros vem sendo amplamente discutida nas mais diversas esferas do meio científico e assistencial e atualmente representam um dos grandes problemas de saúde pública (GRIGOLETO, GIMENES, AVELAR, 2011). Em 2004, Organização Mundial de Saúde (WHO) lançou a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, que visa à divulgação no âmbito mundial de estratégias e políticas para a segurança do paciente.

Em 2007, a ANVISA preparou uma proposta nacional para a segurança do paciente com o objetivo de ajustar as propostas da OMS para o Brasil e identificar os tipos específicos de problemas de segurança nos serviços de saúde. Por meio dessa proposta, surgiu a iniciativa de promover em outubro do mesmo ano o *workshop* “Segurança do Paciente: um Desafio Global”, em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2007; OMS, 2009; WHO, 2009).

No Brasil, essa campanha ganhou força em 2013, com publicação do Ministério da Saúde da Portaria GM/MS nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este teve como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Juntamente com esse Programa, a ANVISA publicou a normativa que regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente, tornando obrigatório a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por meio da Diretoria Colegiada – RDC Nº36.

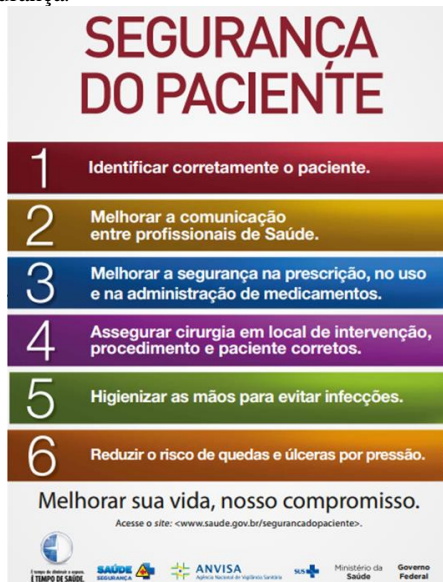
No Art. 8º da RDC 36 traz o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, no qual as atividades deverão ser desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e

hemocomponentes; IX - segurança no uso de equipamentos e materiais; X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado; XI - prevenção de quedas dos pacientes; XII - prevenção de úlceras por pressão; XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral (BRASIL, 2013).

Ainda em 2013, a Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente por meio da divulgação das seis metas internacionais de segurança. Essas metas estão apresentadas a seguir no cartaz oficial da campanha lançado pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Figura 1 – Campanha do Ministério da Saúde divulgação das 6 metas internacionais de segurança.



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Cartazt.pdf>  
 Acesso em: out. 2016.

A complexidade dos serviços e saúde e a incorporação de novas tecnologias nas práticas assistenciais têm sido consideradas riscos adicionais atribuídos ao processo de cuidado. Existem maneiras simples e objetivas que podem promover a qualidade na assistência em saúde, tal como: educação permanente, padronização dos processos de cuidados, protocolos assistenciais, etc. (OLIVEIRA et al., 2014)

Apesar das tecnologias e inovações serem assuntos mais atuais, ambos estão inseridos dentro do conceito de qualidade e segurança, tema esse velho conhecido do autor mais referenciado sobre o assunto: Avedis Donabedian. Ele foi um dos percursos do conceito de qualidade em saúde. Uma das suas principais contribuições foi a definição da tríade da qualidade, composta por: estrutura, a maneira como a assistência deve ser organizada; processo, a maneira como a assistência deve ser prestada; resultado, a maneira como a assistência de fato aconteceu com o paciente (DONABEDIAN, 1988).

Wachter (2013) ainda aborda a diferença entre qualidade e segurança fazendo um destaque para o conceito de segurança. Traz em seu livro a apresentação dos conceitos apresentado no relatório de 2001 do *Instituto Of Medicine* (IOM), no qual define a qualidade como o aumento da probabilidade de resultados de saúde desejadas e consistentes como conhecimento profissional. Ainda sobre o relatório traz as dimensões da qualidade em saúde: segurança do paciente, centralidade no paciente, eficácia, eficiência, oportunidade e equidade.

Existem inúmeras ferramentas para promover a segurança do paciente que devem ser escolhidas para utilização, de modo que sejam apropriadas ao problema que se pretende resolver. Existem inclusive softwares e aplicativos que fazem a função dessas ferramentas na prática diária da assistência prestada ao paciente (INNOCENZO et al., 2006 p.40)

A engenharia de fatores humanos vem crescendo na atuação da promoção da segurança do paciente. Inicialmente, o foco de trabalho era para desenvolver máquinas e equipamentos que contribuíssem para as práticas assistenciais. Hoje o grande objetivo é unir esforços para criação de ambientes de cuidado mais seguros, por meio de sistemas inteligentes, desenvolvendo barreiras de segurança e projetando ambientes usando os princípios de segurança do paciente (WATCHER, 2013).

### 3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Em 2009, a *World Health Organization* (WHO) divulgou um *guideline* contendo as diretrizes para a implantação do protocolo universal da segurança do paciente cirúrgico. Esse *guideline* foi pensando após a campanha “*Safe Surgery Saves Lives*” (Cirurgia Segura Salva Vidas), que foi traduzido para o Brasil em parceria com a ANVISA e divulgado no ano de 2010 (WHO, 2009; OMS, 2009)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o programa teve como intenção melhorar e reduzir o número de mortes e complicações cirúrgicas que foram descritos em 10 objetivos:

1. A equipe operará o paciente e o local cirúrgico certo.
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração e anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa e drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e troca informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Wachter (2010) afirma que o protocolo de cirurgia segura é uma das mais importantes ferramentas da assistência na manutenção e garantia da segurança do paciente. E até o momento tem se mostrado com a melhor estratégia para prevenir eventos adversos no centro cirúrgico. Porém, são necessários ainda muitos avanços quando se fala em segurança do paciente no centro cirúrgico e mesmo na utilização do protocolo de cirurgia segura.

Estudo realizado por Filho et al. (2013) sobre o nível de conhecimento de ortopedistas brasileiros sobre o uso do Protocolo de

Cirurgia Segura da OMS mostrou que 40% já relatou ter realizado a cirurgia no local errado e 40% relataram não demarcar o local da cirurgia. Além disso, 72% dos participantes afirmaram nunca terem sido capacitados para o uso do referido protocolo.

Outro estudo, publicado em 2016, mostrou que entre 212 pacientes submetidos à cirurgia abdominal de urgência 51,9% apresentaram complicação não fatal, 22,6% apresentaram uma perda de independência e 6,6% morreram no hospital. Os eventos adversos chegaram a representar até 30% do custo total envolvido no cuidado desses pacientes (BAILEY et al., 2016).

Pesquisa realizada em 28 hospitais dos Estados Unidos para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais que utilizaram o protocolo de cirurgia segura, evidenciou que 38% dos casos de procedimentos errados poderiam ser evitados pelo protocolo de cirurgia segura. (KWAAN et al., 2006). Dessa forma, pode-se constatar que o protocolo de cirurgia segura por si só não garante a segurança do paciente no centro cirúrgico.

Especialistas asseveram que a eficácia do protocolo e cirurgia segura está relacionada à adequação do instrumento ao contexto de cada organização. Deve prevalecer a coerência e o alinhamento dos integrantes da equipe na busca coletiva pelas melhores estratégias para a manutenção da segurança do paciente. Recomenda-se inclusive que o processo de verificação seja coordenado pelo profissional enfermeiro, visto que ele tem condições de identificar os riscos físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais aos quais os pacientes estão expostos no centro cirúrgico (GRICOLETO, GIMENES, AVELAR, 2011; OLIVEIRA et al., 2014).

Encontra-se descrito na literatura a dificuldade de se garantir esse alinhamento entre os integrantes da equipe. Existe ainda uma grande problemática em torno da comunicação entre a equipe médica e de enfermagem, o que contribui para a probabilidade de ocorrer eventos adversos. Vale destacar que a segurança do paciente deve ser responsabilidade de toda equipe de atuante dentro do centro cirúrgico. (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

A qualidade da assistência ao paciente é de responsabilidade da equipe multidisciplinar coesa e de indivíduos habilidosos. A segurança do paciente é o produto final da realização de um cuidado bem planejado e gerenciado. (BHOMOL, TARTALI, 2013; LANDERS, 2015).

Apesar da atuação forte da equipe de enfermagem, de acordo com Watcher (2013), o médico anestesiológico foi um dos membros da

equipe que despertou mais precocemente para a importância da cultura de segurança do paciente.

Uma revisão integrativa realizada por Lemos e Peniche (2016) constatou a importância do apoio da equipe de enfermagem para o planejamento e a organização das práticas que visam à segurança dos procedimentos cirúrgicos. O estudo trouxe como um dos resultados que o trabalho em conjunto com o anestesiológico é fundamental desde a interação do processo do cuidar, no qual ambos profissionais devem agir com base em conhecimentos científicos e diretrizes internacionais estabelecidas.

Os profissionais da enfermagem são considerados agentes de mudança que contribuem para a transformação do sistema de saúde, visando torná-lo mais seguro. O enfermeiro por atuar em praticamente todas as áreas das organizações de saúde, é um profissional excelente para desenhar processos, que envolvem a lógica e o planejamento para diminuição de erros (HARADA, PEDREIRA, 2016).

O papel da enfermagem é orientar o plano de cuidados individualizado para cada paciente que deverá estar em conformidade com a prescrição do médico anestesiológico e médico cirurgião. Ainda é contemplado na atuação do enfermeiro circulante a responsabilidade por conduzir o protocolo de cirurgia segura e assumir o papel de “coordenador da lista de verificação”. (MANRIQUE, 2015; LEMOS, PENICHE, 2016).

O enfermeiro tem um papel de extrema importância na promoção da segurança do paciente e na garantia que melhores práticas assistenciais ocorram por meio da sua equipe de trabalho. Silva et al. (2016a) traz no seu estudo a perspectiva da atuação do enfermeiro na segurança do paciente através das práticas hospitalares. Os enfermeiros trazem que seu papel na segurança do paciente é prestar uma assistência livre de danos (doenças, lesões, complicações, disfunção ou incapacidade ou até mesmo morte).

A prática dos enfermeiros sobre a segurança do paciente atenta para a comunicação e a educação permanente como ferramentas essenciais para a cultura de segurança nos estabelecimentos de assistenciais de saúde. Para que a segurança seja de fato aplicada, a maioria dos enfermeiros do estudo utilizam instrumentos tais como, escalas de avaliação de cuidado, painéis e protocolos de cuidado. (SILVA et al., 2016b)

O conhecimento e a vivência do enfermeiro fazem com que esse profissional desenvolva habilidades para promover ações que segurança do paciente, de tal modo, que tenha forte influência na tomada de

decisão para o planejamento e gerenciamento do cuidado de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2014).

Está mais que comprovado que fatores humanos na sala de cirurgia influenciam ocorrências de erros de medicação, erros de processo, erros da lateralidade, erros de execução de técnicas cirúrgicas e falta de direcionamento. O incentivo à notificação de eventos sem repreensões e a monitorização contínua da qualidade da assistência prestada pelos diferentes membros da equipe, são estratégias fundamentais para contribuir com a segurança do paciente cirúrgico (LANDERS, 2015).

Eventos adversos são erros nas práticas de cuidado que resultam em danos ao paciente. É sabido que nem todos os danos são evitáveis, porém, a prevenção é que contribui para adoção de medidas que irão contribuir para a mudança de cultura e redução de danos à saúde. (WATCHER, 2013).

Estudo realizado em um Centro Cirúrgico de São Paulo identificou que 35,5% dos membros da equipe de enfermagem apontaram a sobrecarga de trabalho e distração ocasionada por colegas e/ou pacientes como principais causas para os eventos adversos. (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

O estudo de Bohomol e Tartali (2013) também identificou que a falha de comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe médica representa 32% das principais causas dos eventos adversos que ocorrem no centro cirúrgico. Além disso, 71% dos participantes acredita que a omissão do líder da equipe em virtude da falta de autonomia para a resolução de potenciais problemas pode levar a eventos adversos ao paciente no centro cirúrgico.

Em outro estudo realizado por Souza et al. (2011), 54% dos eventos adversos que ocorrem em um centro cirúrgico estão relacionados a falhas no processo de gestão do cuidado realizado pelo enfermeiro, incluindo falhas relacionadas ao planejamento, previsão e controles adequados dos recursos. A mensuração de erros é, sem dúvida, um grande desafio para os estabelecimentos de assistenciais de saúde, pois a maioria das notificações depende de notificação voluntária. Sabe-se que parte dos profissionais ainda tem receio e medo de medidas punitivas da gestão. Outra parte não considera pequenos erros ou falhas como passíveis de notificação, o que acarreta que somente eventos de grande proporção acabam sendo tratados pelas organizações (WATCHER, 2013).

Existem diferentes métodos para que possamos mensurar e avaliar as principais causas de eventos adversos em centro cirúrgico e

nas demais unidades de cuidado, ferramentas de análise de causa e efeito, metodologias (FMEA), entre outros contribui para a melhorias das práticas e especialmente para sensibilizar e mudar a cultura dos profissionais que praticam a assistência (WATCHER, 2013).

Outro aspecto importante da segurança do paciente cirúrgico é o envolvimento do paciente no processo de cuidado. Pesquisa desenvolvida na Pensilvânia, evidenciou que o envolvimento do paciente no processo cirúrgico levou à máxima eficiência do processo cirúrgico, aumentando a satisfação do paciente, aumentando a segurança e melhores resultados relacionado ao processo cirúrgico. O estudo destacou três fatores primordiais no processo de educação/orientação do paciente cirúrgico: consistência da informação, envolvimento dos membros da família do paciente e/ou grupos de apoio e explicações claras do que esperar no pós-operatório (cuidados específicos e controle da dor) (REITER, 2014).

A inclusão do paciente no processo de segurança é denominada assistência participativa, que tem como prerrogativa que o paciente participe de todo o seu processo de cuidado, no qual ele deve inclusive avaliar se tem subsídios necessários para avaliar a assistência recebida. Nesse contexto, temos de maneira ímpar a participação não apenas do paciente mais da família (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016; SILVA et al., 2016a).

O investimento nas relações dentro do centro cirúrgico deve ocorrer não somente na sala de cirurgia, mas envolver o paciente e os familiares. Em outro estudo realizado em um hospital do interior de São Paulo identificou que mesmo com a aplicação do *checklist* cirurgia segura, os pacientes e familiares não são envolvidos no processo da cirurgia segura. Isso pode ser corrigido quando implementados o processo de gestão do cuidado no centro cirúrgico que deve se iniciar desde a indicação da cirurgia até a alta do paciente para a unidade destino (PANCIERI et al., 2013).

As ações de segurança do paciente geram grandes impactos na qualidade da assistência de enfermagem, pois contribuem para a redução de eventos adversos e racionalização do uso de recursos. Além disso, fomentam a implantação e incorporação de melhores práticas que favorecem a efetividade do cuidado de enfermagem e seu gerenciamento de modo seguro. A incorporação de práticas baseada em evidência por parte dos membros da equipe de cuidado, quando são associadas a ferramentas de barreiras de segurança resultam em ações importantes para a promoção da segurança do paciente. (OLIVEIRA et al., 2014)



É fundamental o comprometimento dos estabelecimentos de assistenciais de saúde com a segurança para que o comprometimento e a ampliação da cultura de segurança do paciente possam atingir de maneira horizontal todos os níveis da organização. Todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado do paciente precisam ter claro quais são os objetivos, os valores, as ideais e os pressupostos esperados pela diretoria da organização para que possam direcionar seu comportamento, suas práticas e suas atitudes para as metas internacionais de segurança (BARBOSA et al., 2016).

### 3.6 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

De acordo com a portaria acima citada MS/GM nº 529/2013, a cultura de segurança definida no art. 4º item V configura-se por 5 características na gestão de segurança da organização:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

A definição acima está em total conformidade com o manual publicado pela WHO em 2009 denominado - Estrutura conceitual, para a Internacional Classificação para Segurança do paciente, de modo geral, podemos dizer então que a cultura de segurança do paciente é de fato quando todos os membros da equipe estão engajados e preocupados para minimizar ou até mesmo evitar danos desnecessário associado aos cuidados assistenciais. (WHO, 2009).

A cultura de segurança do paciente deve ser tratada com prioridade nas instituições, no qual é fundamental o envolvimento da direção junto ao corpo técnico de atuação e envolvendo o paciente, através do desenvolvimento de políticas e programas que estabeleçam as

melhores práticas focada para cada perfil de paciente e atendimento (FERMO, et al., 2016).

Existem algumas ferramentas para avaliar a cultura de segurança nas instituições, atualmente o mais utilizado é o *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*. Essa ferramenta mensura o clima de segurança a partir da percepção dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente. Sua publicação está no *Guidelines for Administration*, descrevendo como o instrumento foi criado, como deve ser aplicado em cada hospital na melhor maneira de analisar os resultados. (SEXTON, THOMAS, GRILLO, 2003).

Ainda nesse guideline, os autores relembram que o SAQ é uma adaptação da ferramenta da aviação Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ) e foi desenvolvido e aprimorado à parti de uma adaptação em uma unidade de terapia intensiva nos Estados Unidos. (SEXTON, THOMAS, GRILLO, 2003).

Em 2006 Sexton, et al, publicou o estudo que fez a avaliação do SAQ e sua aplicabilidade, nesse estudo ele comprovou que a ferramenta apresenta boas propriedades psicométricas e pode ser usada para medir e melhorar as atitudes de segurança da equipe de cuidado assim como, medir a eficácia das interveções de segurança, sendo hoje um dos instrumentos mais utilizados para medir segurança no mundo

Segundo os autores e criadores da ferramenta Sexton, Thomas e Grillo, (2003) o SAQ é composto por 6 derivação de fatores que devem ser avaliadas para medir a cultura de segurança:

- Clima de trabalho em equipe;
- Satisfação no trabalho;
- Percepções de gestão;
- Clima de segurança;
- Condições de trabalho;
- Reconhecimento de estresse

Em 2012, as Carvalho e Cassiani que em 2012, publicaram a adaptação *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil*, sendo a primeira ferramenta com versão válida no país capaz de avaliar o clima de segurança em instituições de saúde.

Desde então alguns estudos no Brasil estão sendo desenvolvidos buscando medir e publicar com a cultura de segurança nas diferentes instituições hospitalares vem ocorrendo:

Em 2016, foi aplicado o *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil* em uma unidade de transplante em Florianópolis (FERMO, 2016). Em 2012, foi realizado o estudo com

203 dos profissionais de enfermagem do Hospital de Ensino de Ribeirão Preto. (RIGOBELLO, et al., 2012).

Estudo recente transversal realizado em 3 hospitais do Ceará, Brasil, incluiu na amostra do estudo, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional e farmacêutico totalizando 573 participantes e mostrou que a média do SAQ variou entre 65 e 69, no entanto a satisfação com o trabalho foi o maior score. O nível de cultura de segurança encontrado é abaixo do ideal e as ações relacionadas a gestão é o principal fator que contribui para a fragilidade da segurança. (CARVALHO et al., 2017).

Em todos os estudos acima descritos, o que temos como ponto e convergência nos resultados é que cultura de segurança no Brasil ainda é uma temática a ser explorada, embora, a equipe de enfermagem nos 3 estudos se mostrou com uma melhor percepção da cultura de segurança ainda temos muito para aprimorar. Em todos os estudos a nota para que mede cultura de segurança está abaixo do satisfatório, demonstrando a relevância da temática desse estudo. (RIGOBELLO, 2012; FERMO, 2016; CARVALHO et al., 2017).

Diante do cenário descrito, fica claro que medir e melhorar a segurança do paciente passa a ser uma prioridade nas instituições de saúde, ainda mais quando se fala do ambiente cirúrgico, no qual eventos sentinelas, são muitas vezes catastróficos para a paciente equipe e de grande repercussão para as instituições de saúde, portanto direcionar ferramentas que possam medir a segurança nesse ambiente são cada vez mais adotadas (MAKARY, et al., 2006).

Makary et al (2006) em um estudo nos EUA optou por validar uma nova versão do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* de maneira que pudesse contemplar as especificidades e medir a cultura de segurança no ambiente cirúrgico. Ela denominou a ferramenta como *Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room (SAQ/OR)*. (MAKARY et al., 2006)

Makary et al, (2006), descreve no artigo de publicação da ferramenta que atualmente existem muitas novas iniciativas para promover as melhores práticas segurança no bloco cirúrgico, checklist, protocolos, manuais, entre outros, porém não existia uma ferramenta capaz de medir especificamente a cultura de segurança e como que a aplicação de tais ferramentas proporcionavam melhorias na práticas assistenciais, ainda mais decorrente da dificuldade que existe em medir e notificar eventos adversos no ambiente cirúrgico.

O instrumento foi aplicado em 60 hospitais, sendo que participaram do estudo, 222 cirurgiões, 564, técnicos cirúrgicos, 170 anesthesiologistas, 1058 enfermeiros e 121 enfermeiros anesthesiologistas (CRNAs) (MAKARY et al., 2006)

Em 2016 foi realizado uma revisão integrativa para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório, foram selecionados estudos de janeiro de 2010 a dezembro de 2015 utilizando como busca os idiomas, inglês, português e espanhol, no qual foi identificado somente 13 artigos. O SAQ/OR foi aplicado somente em um dos estudos para avaliar a melhora da cultura da segurança antes e depois da implantação do protocolo de cirurgia segura proposto pela OMS (GOMES, MARTINS, FERNANDES, 2016)

O SAQ/OR ainda está na fase abrangência, porém já foi validado e vem sendo estudado em países como Portugal, Suécia e Brasil. (GORAS et al., 2013; PINHEIRO E UVA, 2015; LOURENÇÃO, 2016)

No Brasil, foi realizado a adaptação transcultural e depois a validação do instrumento com 590 profissionais de saúde entre eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, residentes, anesthesiologistas e instrumentadores cirúrgicos que atuavam em 4 hospitais de São Paulo. O resultado do estudo mostrou o questionário confiável apresentando o valor geral de alpha Croanbach de 0,87 e nos domínios variaram de 0,89 a 0,82. (LOURENÇÃO, 2015)

Os domínios descritos por Makary et al., (2006) foram basicamente mantidos por Lourenção, (2015) com a seguinte nomenclatura:

- Clima de segurança,
- Percepção da gerência,
- Percepção do estresse,
- Condição de trabalho,
- Comunicação no ambiente cirúrgico;
- Percepção do desempenho profissional.

Diante da relevância da temática abordada, considerando que a segurança do paciente no ambiente cirúrgico é uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde, sendo demonstrada na por meio da sustentação teórica apresentada em consonância da justificativa descrita no início da apresentação.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa *survey online*, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvida por meio da aplicação de questionários *via Google forms*®. O estudo exploratório-descritivo possibilita ao pesquisador explorar, conhecer, descrever por meio de dados subjetivos e profundos uma situação não conhecida e permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno dela. Esse tipo de pesquisa tem como benefício a apresentação de sugestões ou intervenções relevantes ao tema estudado e não somente informações (LEOPARDI, 2002).

De acordo com a última publicação do IBGE, mais de 57,3% da população brasileira teve acesso à internet em 2015. Assim, considera-se que o acesso da população realizada por esse tipo de método de coleta de pesquisa pode incorrer em alta probabilidade de divulgação dos interesses da pesquisa.

A pesquisa *online* pode atingir populações que na pesquisa presencial seria muito mais difícil o acesso devido à distância, ou seja, permite o acesso de grande volume de participantes e que estão geograficamente distribuídos. Isso é possível por meio da criação de ferramentas de coleta que podem ser facilmente construídas em sites específicos e divulgadas através de uma série de plataformas e mídias de discussão como, por exemplo, páginas e grupos em redes sociais e lista de e-mails proveniente de cadastros em sociedades e grupos de interesse (REGMI, 2016; MENDES, 2009).

As pesquisas *online* têm como vantagem acesso as populações de pesquisa em locais diferentes por meio de uma alerta automática e rápida dos dados, otimizando o tempo e o esforço do pesquisador, além da possibilidade do entrevistado responder através de dispositivos móveis tais como celulares, tablets e computadores. Os questionários *online* permitem que o entrevistado responda no momento que for mais oportuno e possa fazer em vários momentos diferentes, além da facilidade do critério que alguns instrumentos de tornar as questões obrigatórias garantindo qualidade nos resultados a serem analisados (REGMI, 2016; MENDES, 2009; WRIGTH, 2005; FREITAS, 2004).

Dessa forma, Flick (2013) sintetiza quatro principais vantagens da pesquisa por meio da internet ou *online*:

- Baixo custo: os questionários são respondidos on-line e não são necessários gastos com impressão e envio e/ou deslocamento para a coleta de dados.
- Tempo: os questionários on-line retornam mais rapidamente do que se fossem enviados pelo correio.
- Facilidade de uso: no contexto contemporâneo em que a maioria das pessoas tem acesso e está familiarizada com os recursos tecnológicos, os questionários on-line são mais fáceis de formatar e navegar para os participantes.
- Ausência de restrições espaciais: possibilita acessar facilmente pessoas em longas distâncias.

A desvantagem principal da pesquisa *online* é a incerteza que o respondente emite sobre as informações e validade dos dados, além do baixo retorno e devolução dos questionários. Outra desvantagem é mensurar a questão de amostragem, uma vez que pesquisas por redes sociais é muito difícil medir quantas pessoas tiveram acesso ao conteúdo e quantas efetivamente responderam (REGMI, 2016; MENDES, 2009; WRIGTH, 2005; FREITAS, 2004).

Entre as ferramentas disponíveis atualmente para a criação de questionários *online*, optou-se pela utilização na presente pesquisa do *Google forms*®, disponível no site <https://www.google.com/forms/about/>.

## 4.2 LOCAL DE PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa *online*, o estudo não foi circunscrito geograficamente ou a um serviço de saúde específica. Definiu-se que o público alvo da pesquisa seriam enfermeiros que atuassem em centro cirúrgico de diferentes regiões do Brasil.

Os espaços virtuais e as estratégias de coleta de dados on-line estão descritos no tópico a seguir, referente à coleta de dados.

## 4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada on-line durante o período de 01 de junho a 31 de agosto de 2017. Nos subtópicos deste item, apresentam-se

o instrumento de coleta de dados e as estratégias de coleta de dados on-line empreendidas no estudo.

### 4.3.1 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário na plataforma *Google forms*®, conforme apresentado no APÊNDICE A. O questionário foi composto por quatro partes:

- 1) Termo de consentimento livre e esclarecido *online*;
- 2) Dados sobre o perfil sócio profissional dos participantes;
- 3) Questionário sobre a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas; e,
- 4) Perguntas abertas sobre as práticas e dificuldades dos enfermeiros na gestão do cuidado visando à segurança do paciente no centro cirúrgico.

Os dados do perfil sócio demográficos listados foram definidos para identificar quem são e como estão social e economicamente os enfermeiros que atuam em centro cirúrgico do Brasil. Nesse sentido, foram incluídos itens sobre: sexo, idade, tempo de atuação na área, região de atuação, média salarial, formação acadêmica, entre outros.

No questionário sobre a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, foram listados os 10 objetivos propostos no *guideline* de Cirurgia Segura da OMS/ANVISA de 2009. Para cada objetivo, os participantes indicavam o seu nível de concordância em relação ao cumprimento de cada um dos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas no seu local de trabalho atual. Para a resposta, foi utilizada uma escala de *Likert* de cinco pontos com as opções: Discordo Totalmente, Discordo Parcialmente, Neutro, Concordo Parcialmente e Concordo Totalmente.

A escala *Likert* é uma escala de respostas gradativas e pode variar de 4 a 11 pontos. Recomenda-se o uso para mensurar ocorrência, precisão, opinião, grau e importância, satisfação, foi escolhida pois esse tipo de questionário, permite que seja emitido uma série de afirmações a respeito de um determinado objeto de estudo, e a escala de 5 pontos traz os melhores resultados do ponto de vista da assertividade das respostas (NOGUEIRA, 2002; ALEXANDRE et al., 2003).

Na última parte do questionário, haviam duas questões abertas: (1) Como você procura gerenciar o cuidado visando à segurança do paciente no centro cirúrgico? e (2) Quais aspectos dificultam a sua

atuação na gestão do cuidado para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico?

Antes da coleta de dados, em maio de 2017, foi realizado um pré-teste do questionário. O propósito dessa etapa foi verificar se a formulação e apresentação das questões ofereceriam alguma dificuldade para os participantes da pesquisa. O ideal é que a experiência piloto seja realizada com um grupo similar àquele que será o foco do estudo (BELL, 2008). Dessa forma, foi enviado por e-mail um convite, conforme APÊNDICÊ B com o *link* do instrumento de coleta de pesquisa e o *link* da avaliação do pré-teste.

Os participantes do pré-teste foram quatro enfermeiros especialistas:

- Enfermeiro com cargo de líder atuante em centro cirúrgico de hospital privado de Florianópolis/SC, com 13 anos de experiência na área (ESP1).
- Enfermeiro com cargo de coordenador em centro cirúrgico de um hospital público de Florianópolis/ SC, com 3 anos e 2 meses de experiência na área (ESP2).
- Enfermeiro doutor e professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com experiência de 3 anos na área (ESP3).
- Enfermeiro mestre e docente na Faculdade de Medicina do ABC Santo André/SP e gerente do bloco cirúrgico de um hospital público de Santo André/SP com experiência de 14 anos na área (ESP4).

Os especialistas responderam um roteiro de perguntas, que foi elaborado com base em Bell (2008):

- 1) Quanto tempo você demorou para responder o questionário?
- 2) As instruções foram claras?
- 3) Alguma questão lhe deixou em dúvida quanto ao que deveria ser respondido? Se sim, qual e por quê?
- 4) Você teve objeção a responder alguma pergunta?
- 5) Na sua opinião, algum tema importante foi omitido?
- 6) Você considerou a apresentação do questionário clara e atrativa?  
Se não, o que poderia ser alterado?
- 7) Algum outro comentário?



Para as especialistas, o tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos e as instruções apresentadas foram claras. Os especialistas não tiveram objeção para responder nenhuma das perguntas. Dessa forma, não houve necessidade de alterações no instrumento. Ressalta-se que as respostas obtidas nesta etapa não foram incluídas na pesquisa.

Ao final do questionário três especialistas parabenizaram a iniciativa e reiteraram a importância do estudo na prática dos enfermeiros do centro cirúrgico conforme a transcrição do formulário abaixo, no qual cada especialista foi: “A pesquisa agrega uma importância significativa a questão da cirurgia segura” (ESP1). “A segurança do paciente é algo empiricamente entendido, mas tecnicamente é necessário um empenho geral, tomando como integrantes em sua efetivação desde a direção do hospital até quem está na ponta, aquele que assiste diretamente o paciente. Somente com a unificação dos esforços é possível estabelecer medidas para que se adeque o cuidado e diminua os riscos para o usuário” (ESP2). “Gostei muito da proposta do estudo e parabeno a iniciativa” (ESP4).

Após a conclusão desta etapa, foi iniciado o processo de coleta de dados propriamente dito.

#### **4.3.2 Estratégias de coleta de dados on-line**

Para o recrutamento dos participantes da pesquisa, foram desenvolvidas seis estratégias de coleta de dados on-line. Para cada estratégia, foi adotado um *link* de acesso diferente para o questionário a fim de avaliar o retorno de cada estratégia adotada. A seguir, apresentam-se cada uma das estratégias.

##### **Estratégia 1 – Lista de e-mails da Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilização e Recuperação Pós Anestésica – SOBECC**

Essa estratégia tem como objetivo: conseguir localizar enfermeiros que atuem em centro cirúrgico que são cadastrados na SOBECC e que é um público potencial para responder o questionário.

A SOBECC foi fundada em 1982, quando um grupo de enfermeiros da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) identificou que seriam necessárias discussões e grupos de estudo específico para as práticas assistenciais prestadas no bloco cirúrgico. A SOBECC é o veículo oficial da enfermagem perioperatório brasileira e está associada à *Internacional Federations Perioperative Nurses*

(IFPN), Fórum Mundial de Esterilização (WFHSS), parceira da *Association Operating Room Nurses (AORN)*<sup>2</sup>.

A autorização para realização do estudo foi solicitada por escrito, conforme as orientações disponíveis no site da SOBECC juntamente com uma cópia do projeto de pesquisa já aprovado pela banca de qualificação ANEXO A. O projeto foi avaliado pela Diretoria da SOBECC, quanto à exequibilidade e atendimento às diretrizes éticas e o parecer foi enviado por e-mail para a diretoria.

Nessa estratégia, a pesquisadora não teve acesso à lista de e-mail. Dessa forma, o envio dos e-mails foi realizado diretamente pela SOBECC em dois momentos em junho e agosto. Ressalta-se a importância da parceria com a SOBECC para uma abordagem mais direcionada aos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico sócios e não sócios cadastrados.

### **Estratégia 2 – Envio do link do questionário por aplicativo de mensagem WhatsApp®**

Essa estratégia teve como objetivo: conseguir localizar enfermeiros que atuem em centro cirúrgico através de colegas que talvez pudessem conhecer e repassar o questionário para enfermeiros que atuem em centro cirúrgico.

Nessa estratégia, o *link* do questionário da pesquisa foi enviado para todos os grupos e 205 contatos da pesquisadora via mensagem de WhatsApp®. Dentre os contatos não foi selecionado somente profissionais da saúde, pois profissionais que não são da área podem ter algum contato com enfermeiros que podem repassar o *link*, utilizando a metodologia bola de neve. Essa mensagem foi enviada em 03 momentos: 28/06/2017, 11/07/2017 e no 22/08/2017 (APÊNDICE C).

### **Estratégia 3 – Publicação do link do questionário na timeline do Facebook®**

Essa estratégia teve como objetivo: conseguir localizar enfermeiros que atuem em centro cirúrgico através dos contatos pessoais em especiais os enfermeiros que atuem em diferentes áreas, mas que poderiam passar para os colegas que conheçam enfermeiros que atuem em centro cirúrgico.

---

<sup>2</sup> Informações obtidas online: <http://www.sobecc.org.br/texto/2>. Acesso em: 02 de novembro de 2016.

Foi realizada uma publicação na *timeline* pessoal da pesquisadora do Facebook®: <https://www.facebook.com/larissa.gutierrez.14>, com o *link* do questionário da pesquisa e pedido de apoio na divulgação e no compartilhamento no dia 11/07/2017. (APÊNDICE D). No mesmo dia, a *fanpage* do GEPADES da UFSC e da Nasce CME também fizeram a publicação e compartilhamento do *link*.

#### **Estratégia 4 – Criação de uma *fanpage* com o nome “Prática de cuidado e segurança do paciente no CC”**

Essa estratégia teve como objetivo: conseguir primeiramente impulsionar a publicação através do investimento de recursos e definição do perfil de pessoas em potencial. Outro objetivo foi criar um canal virtual que pudesse agrupar enfermeiros que atuem em centro cirúrgico e que sejam potenciais participantes da pesquisa.

No dia 16/07/201, foi criado uma *fanpage* no Facebook®: <https://www.facebook.com/praticasdecuidadosseguronoc/> (ANEXO E). Por meio dessa página, algumas estratégias de publicação foram desenvolvidas e a foi possível investir por meio de recursos próprios da pesquisadora para o impulsionamento e a ampliação da abrangência da captação de participantes pesquisa com base em um perfil definido.

O perfil definido para impulsionamento das publicações foi:

- Gênero – todos
- Idade – 22 – 45
- Localização – Brasil
- Direcionamento Detalhado
- INCLUIR pessoas que correspondam a pelo menos UM dos critérios a seguir:
  - Dados demográficos>trabalho > cargos
    - Nursing*
    - Enfermagem
- E deve também corresponder a pelo menos UM dos critérios a seguir:
  - Dados demográficos>trabalho > cargos
    - Instrumentador cirúrgico
    - Surgery*
  - Dados demográficos > Trabalho > Empregadores
    - Surgery*
  - Interesses > Outros interesses
    - Hospital

- Sala de cirurgias
- Segurança do paciente

- Tamanho potencial do público: 179.000 pessoas de acordo com a ferramenta disponibilizada pelo *Facebook*®.

O Quadro 1 apresenta uma síntese das ações desenvolvidas para divulgação na pesquisa na página do *Facebook*®.

Quadro 1 – Ações de divulgação na pesquisa no *Facebook*®.

<b>Data</b>	<b>Ação</b>	<b>Investimento</b>
16/07/2017	Publicação do <i>link</i> de acesso do questionário da pesquisa	R\$ 30,00, por 14 dias de veiculação
29/07/2017	Publicação de uma peça de marketing na página e o <i>link</i> para resposta do questionário. A peça de marketing foi elaborada pelo colega Jean Carlos Niehues visando à criação de um layout mais dinâmico utilizando estratégias de marketing digital para atrair potenciais participantes da pesquisa.	R\$ 110,00 por 14 dias de veiculação
07/08/2017	Utilização da ferramenta do <i>Facebook</i> ® SAIBAMAIS, no qual a publicação ocorre através do <i>link</i> desse botão que ao ser clicado levava automaticamente para <i>link</i> de preenchimento da pesquisa. Nessa publicação em específico foi veiculado a publicação via Instagram, devido uma possibilidade que a ferramenta do Facebook permite.	Nesse tipo de ação o investimento é diário. Foi investido R\$ 30,00 por dia, com veiculação por 14 dias. Ao total, foi investido R\$ 419,75.
Agosto/2017	Publicação do <i>link</i> em grupos de interesse do <i>Facebook</i> ® que contavam com a participação de enfermeiros: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde.</li> <li>•Segurança do Paciente.</li> <li>•Rede Proqualis - Qualidade no cuidado e Segurança do Paciente</li> <li>•Enfermeiros</li> </ul>	Não se aplica

	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Enfermeiros CME/ CCI/ CCIH_ ES.</li> <li>●Enfermagem em centro cirúrgico e centro de material esterilizado.</li> <li>●Central de Materiais e Esterilização - CME</li> <li>●Inovação na Gestão do Cuidado</li> <li>●Enfermagem@ntenada.com.</li> <li>●Enfermagem - Jaraguá do Sul/SC</li> <li>●Enfermeiros brasil</li> <li>●Centro cirúrgico - enfermeiros especialistas</li> <li>●Enfermagem centro cirúrgico</li> </ul>	
21/08/2017	Gravação e publicação de um vídeo na página e na <i>Timelime</i> pessoal com o acesso ao <i>link</i> para preenchimento do questionário.	R\$ 100,00 por 07 dias de veiculação
25/08/2017	Realizado uma abordagem com a SOBECC solicitando a publicação na página da SOBECC Nacional.	R\$ 120,00 por 4 dias de veiculação
28/08/2017	Último impulsionamento utilizado a ferramenta do Facebook do SAIBAMAIS. Nessa publicação em específico foi veiculado a publicação via Instagram, devido uma possibilidade que a ferramenta do Facebook permite.	O investimento é diário. Foi investido R\$ 30,00 por dia, com veiculação por 3 dias.

Ao total, nas publicações do *Facebook*® foram investidos R\$ 1000,00 da pesquisadora. Todas as publicações acima foram analisadas e devidamente aprovadas pelo *Facebook*®.

#### **Estratégia 5 – Publicação do link na *timelime* do *LinkedIn*®**

Essa estratégia teve como objetivo: conseguir localizar enfermeiros que atuem em centro cirúrgico que deixaram público no seu perfil do aplicativo.

Foram realizadas duas publicações na *timeline* da pesquisadora na página do *LinkedIn*® <https://www.linkedin.com/in/larissa-gutierrez-61267a6b/>. O conteúdo foi exatamente o mesmo publicado no Facebook, a primeira publicação foi na última semana do mês de junho e a outra na última semana do mês de julho.

Foi realizada a tentativa de impulsionar a segunda publicação. Então foi necessário criar uma página no *LinkedIn*®: <https://www.linkedin.com/company-beta/24982918/admin/updates/>

O método de impulsionamento é por clique no *link* no valor de R\$ 1,60 por clique, foram investidos R\$ 220,80 com período de veiculação de 30/07/2017 a 12/08/2017.

### **Estratégia 6 – Envio do *link* do questionário por e-mail para grupos específicos**

Essa estratégia tem como objetivo: conseguir localizar enfermeiros que atuem em centro cirúrgico que estivessem cadastrados em grupos de interesses, entidades, órgãos e hospitais conseguidos os endereços de e-mail através do site de busca Google.

Foi feita uma busca de grupos de interesses.

Quadro 2 – Ações de divulgação da pesquisa por e-mail.

<b>Data</b>	<b>Ação</b>
24/06/2017	Enviado oito e-mails para contatos que solicitaram do <i>link</i> da pesquisa via e-mail.
16/07/2017	Enviado 39 e-mails para todos os COREN Regionais com o link para redirecionamento dos enfermeiros cadastrados. APÊNDICE G
18/07/2017	Enviado e-mails para os coordenadores do REBRAENSP Nacional como retorno positivo de apoio conforme APÊNDICE H
06/08/2017	Enviado e-mail para União Nacional das Equipes de Centro Cirúrgico que teve retorno negativo e não pode publicar por ser exclusivo para cursos, conforme APÊNDICE I
09/08/2017	Enviado 01 e-mails para a ABEN Nacional, solicitando o apoio para divulgação da pesquisa conforme APÊNDICE J
13/08/2017	A partir da pesquisa de e-mails de profissionais e/ou instituições no site de busca Google®, encontrou-se uma relação de profissionais cadastrados na ANVISA que fazem parte da Rede Nacional de Monitoramento de Resistência Microbiana. Foram enviados 422 e-mails pedindo que o receptor repasse para os colegas enfermeiros de Centro Cirúrgico dos locais que atuam conforme APÊNDICE K. Também foi enviada a mensagem para todos os e-mails que estavam cadastrados na ANVISA como gestores de risco
21/08/2017 a 25/08/2017	Enviados 341 e-mails para as clínicas e hospitais que tinham cadastros na lista publicada de instituições que possui cadastrado o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP. A identificação dos e-mails foi realizada a partir de busca no Google®. Os e-mails foram direcionados para os gestores hospitalares pedido que o <i>link</i> fosse repassado para os enfermeiros do centro cirúrgico da instituição. APÊNDICE L

Ao total, foram enviados 834 e-mails com o *link* da pesquisa.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que atuam em Centro Cirúrgico e Recuperação Pós-Anestésica de diferentes regiões do Brasil, sem limitação de complexidade e/ou número de sala de cirurgia. A amostra do estudo foi intencional e não probabilística, obtida a partir da resposta voluntária ao questionário divulgado nos diferentes meios descritos no tópico anterior.

Foi considerado como critério de inclusão experiência profissional mínima de três meses como enfermeiro de centro cirúrgico. Foram excluídos os questionários com informações incompletas e em duplicidade, ou seja, quando o mesmo participante respondeu mais de uma vez o questionário. A duplicidade de respostas foi avaliada por meio da auditoria dos registros de e-mail dos participantes, sendo incluída na pesquisa a última resposta recebida.

Ao total, foram recebidos 248 questionários respondidos. Porém, para a amostra final da pesquisa foram consideradas as respostas de 220 enfermeiros. Dos questionários excluídos, 10 foram devido à duplicidade de participação, 10 pelos participantes relatarem tempo de experiência em centro cirúrgico inferior a três meses e oito por apresentarem itens incompletos.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização dos participantes do estudo foram organizados em planilha eletrônica e a análise foi realizada com o uso do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 19. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de frequência absoluta e percentual. Para as variáveis contínuas, foram analisadas as medidas de posição (média, mínimo e máximo) e dispersão (desvio padrão).

As respostas dos enfermeiros às questões abertas do questionário foram organizadas em uma planilha no *Microsoft Excel®*, agrupadas por similaridade e analisadas com recursos da estatística descritiva, com a frequência absoluta relativa e a média aritmética simples.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos que regulamentam a pesquisa com seres humanos foram respeitados, a pesquisa *online* deve ser levada em conta a característica do mundo virtual. Muitas áreas buscam definição quanto ao controle de propriedade intelectual e segurança. (MENDES, 2009).

A pesquisa foi submetida para análise e apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil e aprovada conforme o CAAE n° 64255317.9.0000.0121 (ANEXO B).

Os enfermeiros que aceitarem participar do estudo receberam informações a respeito do objeto da pesquisa e os dados coletados somente serão parte integrante deste estudo mediante termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme determina a Resolução n° 510/16, do Conselho Nacional de Saúde que traz as práticas para a pesquisa em saúde *online* (BRASIL, 2016). O TCLE, conforme APÊNDICE M, foi apresentado *online* por meio da ferramenta do *Google forms*®, no qual o participante deu ciência por meio do aceite (concordo em participar da pesquisa), após tomar ciência dos objetivos da pesquisa.

Foram tomadas todas as providências durante a coleta de dados de forma a garantir a privacidade e anonimato do participante. Os dados coletados durante o estudo destinam-se estritamente a atividades de pesquisa relacionadas à presente pesquisa, não sendo utilizados em qualquer forma de avaliação profissional ou pessoal. O estudo oferece riscos e desconfortos mínimos para a integridade, física, moral, social e econômica, ficando sob a responsabilidade dos pesquisadores o ressarcimento e indenização da vigência de qualquer desconforto apresentado.

Acredita-se que a participação neste estudo tenha sido benéfica ao participante, visto que irá proporcionar oportunidade de identificar quais as práticas de cuidado realizadas no centro cirúrgico. Este estudo também contribuirá com resultados importantes sobre as práticas de cuidado realizadas pela equipe de enfermagem no centro cirúrgico. O participante não teve nenhum gasto ou ônus com a sua participação no estudo e também não recebeu qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa.

Toda informação coletada neste estudo foi e será confidencial, o nome do participante e da organização em que atua não será identificado de modo algum. Foi solicitada no TCLE a permissão para apresentar os resultados da análise dos questionários em eventos científicos e periódicos nacionais e internacionais. Por fim, ressalta-se que a participação neste estudo foi voluntária. O participante teve o direito de não querer participar ou de sair do estudo a qualquer momento, sem penalidades.



## 5 RESULTADOS

Nesse capítulo, os resultados da pesquisa serão apresentados no formato de dois manuscritos científicos, conforme estabelece a instrução normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do curso de Mestrado e Doutorado.

### 5.1 MANUSCRITO 1 – ADESÃO AOS OBJETIVOS DO PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO

**RESUMO: Objetivo:** analisar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, a partir da perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico. **Método:** pesquisa *survey online*, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvida por meio da aplicação de questionários *via Google forms®*. Os participantes da pesquisa foram 220 enfermeiros de centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. O instrumento de coleta de dados continha questões acerca dos dados sócio profissionais e o nível de concordância dos enfermeiros em relação ao cumprimento dos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas no seu local de trabalho. Os dados foram analisados com recursos da estatística descritiva. **Resultados:** os maiores níveis de concordância total (n=144; 65,5%) e parcial (n=52; 23,6%) foram evidenciados no objetivo 1 - operar o paciente e local cirúrgico certos. Os maiores percentuais de discordância total (n=13; 5,9%) e parcial (n=27;12,3%) foram registrados no objetivo 10 - o hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre capacidade, volume e resultados cirúrgicos. **Conclusão:** exceto o objetivo 10, os demais objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas alcançaram índices de concordância acima de 80%. Os objetivos considerados *never events*, apresentaram níveis de concordância abaixo de 70% o que demonstra a fragilidade de melhores práticas na segurança do paciente no centro cirúrgico.

**DESCRITORES:** Segurança do Paciente; Centros Cirúrgicos; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

## INTRODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos são compostos de inúmeras peculiaridades que contribuem para ampliar a exposição ao risco de complicações aos pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos. Nos países desenvolvidos, o índice de complicações importantes em procedimentos cirúrgicos é de 3 a 16%, sendo que aproximadamente metade desses eventos poderiam ser evitáveis (OMS, 2009). Esses índices refletem a complexidade do cuidado no centro cirúrgico, o que requer monitoramento contínuo de todos os momentos do ato cirúrgico por meio de ferramentas e protocolos assistenciais (BOHOMOL, MELO, 2016).

Em 2009, a *World Health Organization* (WHO) divulgou um *guideline* contendo diretrizes para a implantação de um protocolo universal de segurança do paciente cirúrgico. Esse *guideline* foi desenvolvido após a campanha “*Safe Surgery Saves Lives*” (Cirurgia Segura Salva Vidas), que foi traduzido para o Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e divulgado no ano de 2010 (OMS, 2009).

A partir dessa campanha mundial, o tema tem ganhado ampla projeção por meio das mídias televisivas e redes sociais, ampliando o debate não apenas entre especialistas e profissionais de saúde, mas também entre os pacientes. A abordagem da segurança do paciente proporciona melhorias nas práticas assistenciais, por meio das evidências sobre os impactos que os eventos adversos têm gerado aos pacientes (LOURENÇÃO, TRONCHIN, 2016).

No Brasil, essa campanha ganhou força com a publicação do Ministério da Saúde da Portaria GM/MS nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013. Juntamente com esse Programa, a ANVISA publicou normativa que regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente, tornando obrigatório a instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) por meio da Diretoria Colegiada – RDC Nº36 e nomeou a segurança no procedimento cirúrgico com a 5ª meta internacional de segurança do paciente.

O programa da cirurgia segura teve como intenção a redução do número de mortes e complicações cirúrgicas. Foram descritos 10 objetivos essenciais para garantir a segurança do paciente, a partir dos quais foi criado o *checklist* de cirurgia segura. Esse *checklist* contempla checagens antes de três momentos: indução anestésica, incisão cirúrgica e saída do paciente da sala cirúrgica (OMS, 2009).

Os 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas são: (1) A equipe irá operar o local correto do paciente correto; (2) A equipe irá reconhecer e se preparar efetivamente para o risco de perda da via aérea ou função respiratória; (3) A equipe irá utilizar métodos conhecidos para evitar danos pela administração de agentes anestésicos, ao mesmo tempo em que garante analgesia ao paciente; (4) A equipe irá reconhecer e se preparar efetivamente para o risco de elevada perda de sangue; (5) A equipe irá evitar induzir qualquer alergia ou reação adversa a medicamento conhecido por ser um risco significativo para o paciente; (6) A equipe irá consistentemente usar métodos conhecidos para minimizar os riscos de infecção do sítio cirúrgico; (7) A equipe irá impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas; (8) A equipe irá garantir a identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos; (9) A equipe irá se comunicar efetivamente e trocará informações críticas sobre o paciente para garantir uma condução segura da cirurgia; e, (10) Hospitais e sistemas de saúde pública terão uma rotina de vigilância quanto à capacidade cirúrgica, volume cirúrgico e os resultados cirúrgicos (OMS, 2009).

Em síntese, esses 10 objetivos podem ser agrupados em quatro metas principais: prevenção de infecções de sítio cirúrgico; promoção de um ato anestésico seguro; criação de equipes cirúrgicas que trabalham de forma segura; utilização de indicadores de assistência cirúrgica (OMS, 2009). Recomenda-se que o monitoramento da adesão a esses objetivos seja coordenado pelo enfermeiro, pois tem condições de identificar os riscos físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais aos quais os pacientes estão expostos no centro cirúrgico. Na atuação do enfermeiro ou do circulante, ainda é contemplado a responsabilidade pela condução do protocolo de cirurgia segura e o exercício do papel de “coordenador da lista de verificação” (OLIVEIRA et al., 2014).

Os profissionais de enfermagem são considerados agentes de mudança que contribuem para a transformação do sistema de saúde, visando torná-lo mais seguro. O enfermeiro é considerado o profissional mais capacitado para desenhar processos que envolvem a lógica e o planejamento para diminuição de erros (HARADA, PEDREIRA, 2016; LEMOS, PENICHE, 2016).

Revisão integrativa com o objetivo de identificar as principais temáticas abordadas em relação à segurança do paciente no ambiente hospitalar identificou que houve aumento no número de publicações sobre a temática no período de 2009 a 2015, principalmente de estudos relacionados a eventos adversos e erros na administração de

medicamentos. No entanto, o levantamento realizado identificou que somente 3,45% dos estudos abordava a temática cirurgia segura (SILVA et al., 2016).

Dessa forma, evidencia-se a lacuna existente na literatura sobre segurança do paciente no procedimento cirúrgico. Além disso, a justificativa para a realização deste estudo também está relacionada à importância de medidas de segurança para minimizar eventos e danos aos pacientes no procedimento cirúrgico. Assim, este estudo teve como questão de pesquisa: Qual é adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas na perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico?

A partir do panorama exposto, o objetivo do estudo foi analisar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, a partir da perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico.

## **MÉTOD**

Trata-se de pesquisa *survey online*, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário elaborado no *Google forms*®, no período de junho a agosto de 2017.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A primeira delas continha questões acerca dos dados pessoais e profissionais dos enfermeiros. Na segunda parte, os participantes indicavam o seu nível de concordância em relação ao cumprimento de cada um dos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas no seu local de trabalho atual. Para a resposta, foi utilizada uma escala de *likert* de cinco pontos com as opções: Discordo Totalmente, Discordo Parcialmente, Neutro, Concordo Parcialmente e Concordo Totalmente.

Antes da coleta de dados, foi realizado pré-teste do instrumento com três enfermeiros de centro cirúrgico e dois enfermeiros docentes com experiência na temática do estudo, os quais não foram incluídos na pesquisa. Não houve necessidade de alterações no instrumento.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que atuavam em centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de comunicação eletrônica (e-mail) aos enfermeiros cadastrados na Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilização e Recuperação Pós Anestésica (SOBECC), nos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e na Rede de Hospitais do Brasil com Núcleo de Segurança do Paciente

(NSP) cadastrados na ANVISA. Além disso, o questionário também foi compartilhado on-line, por meio do *Facebook*®, *LinkedIn*®, *WhatsApp*® e *Instragam*®.

Foi considerado como critério de inclusão experiência profissional mínima de três meses como enfermeiro de centro cirúrgico. Foram excluídos os questionários com informações incompletas e em duplicidade, ou seja, quando o mesmo participante respondeu mais de uma vez o questionário. A duplicidade de respostas foi avaliada por meio da auditoria dos registros de e-mail dos participantes, sendo incluída na pesquisa a última resposta recebida.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e a análise foi realizada com o uso do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 19. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de frequência absoluta e percentual. Para as variáveis contínuas, foram analisadas as medidas de posição (média, mínimo e máximo) e dispersão (desvio padrão).

As recomendações éticas foram seguidas e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 64255317.9.0000.0121.

## **RESULTADOS**

Foram recebidas 248 respostas, porém para a amostra da pesquisa foram consideradas as respostas de 220 enfermeiros. Dos questionários excluídos, 10 foram devido à duplicidade de participação, 10 pelos participantes relatarem tempo de experiência em centro cirúrgico inferior a três meses e oito por apresentarem itens incompletos.

A caracterização do perfil da amostra está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros da amostra.

<b>Variável</b>	<b>n(%)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Varição (mín.-máx.)</b>
<b>Idade (anos)</b>		37,6	8,4	21-62
<b>Sexo</b>				
Masculino	34(15,5)			
Feminino	186(84,5)			
<b>Experiência em centro cirúrgico (anos)</b>		7,6	7	0,25-37
<b>Formação</b>				
Graduação	31(14,2)			
Especialização centro cirúrgico	75(34,2)			
Especialização em outra área	62(28,3)			
Mestrado	39(17,8)			
Doutorado	12(5,5)			
<b>Sócio SOBECC</b>				
Sim	57(25,9)			
Não	163(74,1)			
<b>Renda mensal*</b>				
Até 2 salários	14(6,4)			
2 a 4 salários	91(14,4)			
4 a 10 salários	91(14,4)			
10 a 20 salários	21(9,5)			
<b>Região</b>				
Norte	12(5,5)			
Nordeste	29(13,2)			
Centro-Oeste e Distrito Federal	9(4,1)			
Sudeste	86(39,1)			
Sul	84(38,2)			
<b>Tipo de estabelecimento</b>				
Privado	86(39,1)			
Filantrópico	34(15,5)			
Público	76(34,5)			
Público-Privada	24(10,9)			
<b>Área de trabalho**</b>				
Somente CC	16(7,3)			
Somente RPA	6(2,7)			
CC e RPA	60(27,3)			
CC, RPA e CME	86(39,1)			
CC e outra unidade	52(23,6)			

<b>Salas cirúrgicas sob sua responsabilidade</b>	6	3,9	0-28
<b>Técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros na equipe</b>	26,9	34,4	0-220
<b>Volume médio de cirurgias/mês</b>	468,79	482,9	6-3000
<b>Turno de trabalho</b>			
Integral	131(59,5)		
Manhã	48(21,8)		
Tarde	22(10)		
Noite	19(8,6)		
<b>Tipo de atuação profissional</b>			
Enfermeiro assistencial	117(53,2)		
Enfermeiro gestor	103(46,8)		
<b>Carga horária semanal (em horas)</b>	36,6	9,1	8-60

---

\*Salário mínimo vigente em 2017 no Brasil = R\$937,00

\*\*CC=Centro Cirúrgico; RPA= Recuperação Pós Anestésica; CME = Central de Material Esterilizado

A distribuição das respostas quanto à adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas está apresentada na Tabela 2. O maior nível de concordância foi evidenciado no objetivo 1, com o qual 144 (65,5%) respondentes concordaram totalmente e 52 (23,6%) parcialmente. O maior percentual de discordância total e parcial foi registrado no objetivo 10, sendo 13 (5,9%) de forma total e 27 (12,3%) de modo parcial.

Tabela 2 – Distribuição das respostas da adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

	<b>DT</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>	<b>CP</b>	<b>CT</b>
<b>Objetivo</b>	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Objetivo 1 - operar o paciente certo e o local cirúrgico certo	6(2,7)	10(4,5)	8(3,6)	52(23,6)	144(65,5)
Objetivo 2 - usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor	8(3,6)	12(5,5)	20(9,1)	64(29,1)	116(52,7)
Objetivo 3 - reconhecer e estar efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida	6(2,7)	14(6,4)	17(7,7)	65(29,5)	118(53,6)
Objetivo 4 - reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas	6(2,7)	15(6,8)	20(9,1)	66(30)	113(51,4)
Objetivo 5 - evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente	5(2,3)	11(5,0)	14(6,4)	73(33,2)	117(53,2)
Objetivo 6 - usar de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico	6(2,7)	17(7,7)	10(4,5)	74(33,6)	113(51,4)
Objetivo 7 - impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas	6(2,7)	14(6,4)	14(6,4)	65(29,5)	121(55)
Objetivo 8 - manter seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos	5(2,3)	11(5)	18(8,2)	61(27,7)	125(56,8)
Objetivo 9 - se comunicar efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação	5(2,3)	19(8,6)	17(7,7)	73(33,2)	106(48,2)



Objetivo 10 - o hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos	13(5,9)	27(12,3)	30(13,6)	69(31,4)	81(36,8)
---	---------	----------	----------	----------	----------

\*DT= Discordo Totalmente; DP= Discordo Parcialmente; CP= Concordo Parcialmente, CT= Concordo Totalmente.

## DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta majoritariamente por participantes do sexo feminino (n=34=15,5%), com média de 37,6 anos de idade. Tais resultados vão ao encontro do perfil sócio demográfico da enfermagem do Brasil (MACHADO et al, 2015).

A maioria dos participantes possuía especialização em centro cirúrgico (n=75; 34,2%), atuava em hospital privado (n=86;39,1%), em média 7,6(DP=7) anos, como enfermeiro assistencial (n=117;53,2%) e com carga horária semanal média de 36,6 horas. Apenas 57 (25,9%) enfermeiros indicaram ser sócios da SOBECC, sociedade científica destinada a discussões sobre a pesquisa e prática de enfermagem em CC.

Em relação ao número de salas cirúrgicas sob responsabilidade dos enfermeiros, obteve-se uma média de 6 (DP=3,9). Porém, destaca-se que nesse item a variação mínimo e máximo foi de zero a 28. O número zero dessa resposta pode ser associado ao entendimento de enfermeiros assistenciais que não se consideraram responsáveis diretamente pelas salas cirúrgicas.

A maioria das respostas foram das regiões Sul e Sudeste, o que pode estar relacionado a maior quantidade de hospitais e CC nesses locais. Além disso, sabe-se que há uma concentração do número de enfermeiros em grandes centros urbanos no Brasil, sendo que 40% dos profissionais de enfermagem atuam na região Sudeste (MACHADO et al., 2015).

A maioria dos enfermeiros trabalhava em mais de uma unidade, além do centro cirúrgico (n=138; 62,7%), principalmente CC, RPA e CME (n=86; 39,1%). A atuação em mais de um setor pode impactar negativamente no controle do enfermeiro sobre o ambiente de cuidado e comprometer a adesão às práticas de segurança. Também é importante pontuar que é obrigatório um enfermeiro exclusivo para CME, conforme RDC n°15 (BRASIL, 2012).

Em relação à adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, os resultados obtidos mostraram um alto nível de concordância. Com exceção do objetivo 10, os demais objetivos

apresentaram os índices de concordo parcialmente e concordo totalmente acima de 80%.

No entanto, a ANVISA, na Política Nacional de Segurança do Paciente, considera que alguns eventos adversos graves nunca deveriam acontecer, denominando-os *never events* (BRASIL, 2016). São considerados *never events* relacionados aos procedimentos cirúrgicos: cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado; cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado; cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente; retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo; e, óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório/pós-procedimento em paciente classificado como ASA 1 (BRASIL, 2016).

A partir dessa classificação, pode-se considerar que os objetivos 1, 7 e 8 referem-se a práticas que visam à prevenção de *never events*. Dessa forma, qualquer opção diferente de Concorde Totalmente (CT) assinalada pelos participantes deste estudo em relação a esses objetivos indica risco à segurança do paciente no CC. Nesse sentido, é importante apresentar os dados divulgados pela ANVISA segundo os quais ocorreram de março 2014 a agosto de 2017 no Brasil: 19 óbitos intraoperatório ou imediatamente no pós-operatório em paciente ASA I, 66 notificações para retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia, 12 pacientes tiveram o procedimento cirúrgico realizado em local errado do corpo e 10 notificações de procedimentos cirúrgicos realizados no lado errado (BRASIL, 2017b).

De forma semelhante, estudo brasileiro, de caráter documental, identificou uma adesão de 98% da equipe em relação aos 10 objetivos propostos pela OMS por meio da checagem do *checklist* de cirurgia segura. Porém, muitos itens não estavam adequadamente preenchidos evidenciando falha na segurança do paciente. Assim, concluiu-se que a equipe não garantiu a segurança nos objetivos 1, 4, 5, 7, 8 e 9 (AMAYA et al., 2015).

Estudos internacionais também têm evidenciado resultados alarmantes em relação à segurança do paciente em CC. Pesquisa canadense, por exemplo, que analisou 212 casos de pacientes com 70 anos ou mais submetidos à cirurgia abdominal de urgência, entre 2011 e 2012, constatou que 51,9% deles apresentam complicação não fatal, 22,6% tiveram perda de independência e 6,6% morreram no hospital (BAILEY et al., 2016). Estudo desenvolvido na Holanda a partir da investigação de 67.630 procedimentos cirúrgicos, identificou 1.263 *near misses* e 1.300 eventos adversos, totalizando 2.563 incidentes. Dos

eventos adversos, 16% tiveram consequências graves, estimadas como catastróficas (n=2), muito graves (n=34), graves (n=105) e marginalmente graves (n=273). Do total de incidentes, 34% (n=877) foi decorrente do não cumprimento de protocolos estabelecidos na instituição pelos membros da equipe. Na somatória de todos os *near misses* e eventos adversos, 79% está relacionado à falha humana (CHEVALKING et al.; 2014).

A seguir, discutem-se os resultados obtidos por cada um dos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

O objetivo 1, que visa garantir que seja operado o paciente certo no local cirúrgico certo, obteve 89,1% de concordância. Em que se pese o fato desse índice ser positivo, esse resultado pode ser considerado também preocupante, pois o objetivo 1 se refere a um *never event*. Estudo feito em São Paulo verificou o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos e somente 55% classificou a ausência de lateralidade como um evento adverso (BOHOMOL; TARLATI, 2013). Pesquisa realizada com 502 ortopedistas brasileiros evidenciou que 40% dos ortopedistas relatam não demarcar o local da cirurgia e 40% relataram já ter realizado a cirurgia no local errado. A maioria dos participantes afirmou ainda nunca terem sido capacitados para o uso de protocolo de cirurgia segura (FILHO et al., 2013).

Com o objetivo de aumentar a segurança na identificação do paciente, na Suíça, pesquisadores fizeram uma adaptação no primeiro item “identidade do paciente” do *checklist* de cirurgia segura. A questão foi dividida em duas perguntas distintas: “nome do paciente” e “data de nascimento do paciente”. Essa modificação ampliou a adesão de 86% para 89% de conferência por parte da equipe (SENDLHOFER et al., 2015). Outro exemplo bem-sucedido apresentado por um estudo suíço foi a introdução da demarcação do sítio cirúrgico por enfermeiros, o que contribuiu para a segurança do ato cirúrgico e facilitou a rotina de trabalho de enfermeiros e cirurgiões (THURNHERR et al., 2017).

Quanto aos objetivos 2, 3, 4 e 5, em média 50% dos participantes relataram concordar totalmente que a equipe adere às recomendações da OMS. Esses quatro objetivos referem-se à segurança do paciente no procedimento anestésico (OMS, 2009), o que pode ter contribuído para a semelhança dos níveis de concordância entre os participantes.

A Resolução CFM n.1.802/2006 recomenda que para procedimentos eletivos seja realizada uma consulta pré-anestésica. Essa avaliação é importante para avaliar o risco para via área difícil, identificar alergias ou reações adversas relacionadas ao ato anestésico e

analisar a possibilidade de previsão de possível perda sanguínea durante o ato cirúrgico.

O acesso da via aérea difícil gera complicações que podem resultar em morte ou dano cerebral. É importante destacar que grande parte dessas complicações são evitáveis. A realização da consulta pré-anestésica em conjunto com a avaliação criteriosa da via aérea antes da indução anestésica são as principais estratégias para prevenção de danos. (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST TASKFORCE ON THE MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRW, 2013; COOK; WOODALL, FREK, 2011).

No Brasil, já existe disponíveis muitas tecnologias para a prevenção da via aérea difícil, porém é importante considerar a diversidade socioeconômica do Brasil, mas em seu estudo Neto et al., (2016), mostra que com alternativas simples é possível promover a segurança do paciente no manejo da via aérea difícil.

A prevenção de riscos relacionados a eventos adversos é ponto chave da segurança do ato anestésico. Estudo brasileiro apresentou o cenário da Hipersensibilidade Sistêmica Grave (RHS), que também é denominada como Anafilaxia Perioperatória (APEO) quando ocorre no período perioperatório. A APEO é considerada uma reação rara, mas com início rápido e fatal. A incidência varia de acordo com o país, podendo ser de 1:1.250 a 1: 13.000 cirurgias. As principais causas são os relaxantes musculares, o látex e os antibióticos (AUN et al., 2016).

Aproximadamente 15% a 40% dos pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentem anemia no momento da cirurgia (SPAHN GODNOGHT, 2013). A partir da consulta pré-anestésica, é possível reverter a condição anêmica do paciente em cerca de 15 dias. A anemia no pré-operatório está diretamente relacionada à transfusão sanguínea no ato cirúrgico, que é considerada a principal causa de morbidade e mortalidade pós-operatória (OBI et al., 2014).

Ainda sobre as práticas anestésicas, outro ponto de destaque é a atuação do médico anestesiológico na administração de medicamentos anestésicos. Embora os protocolos de segurança medicamentos por via intravenosa vigentes não tenham apresentado grandes mudanças nos últimos 60 anos, ainda existe um alto índice de erros relacionados à medicação no ato anestésico (DHAWAN et al., 2017)

Em Santa Catarina, no Brasil, estudo com 61 anestesistas evidenciou que 91,8% deles já tinham cometido mais de um erro de administração de medicamento. A principal causa levantada foi distração, fadiga ou baixa gravidade do paciente (ERDMANN et al, 2016). Estudo realizado na China evidenciou uma taxa de 0,73% de erro

de medicação anestésica. As principais causas foram omissão, dosagem incorreta e substituições de medicação (ZHANG et al., 2013). A identificação incorreta de ampolas e seringas também estão entre as principais causas de erro de medicação relacionada ao ato anestésico (ORSER et al., 2013).

Diante do cenário internacional e considerando a legislação vigente no Brasil, a atuação do enfermeiro no procedimento anestésico é fundamental para o planejamento e a organização de materiais e equipamentos, trabalho conjunto com o anestesiolologista durante a anestesia e acompanhamento do paciente ao término do procedimento anestésico-cirúrgico. Além disso, nos Estados Unidos e alguns países europeus existe uma legislação clara, que define a formação e atuação independente do enfermeiro em relação ao médico anestesiolologista, com protocolos de cuidados que permitem a elaboração do plano anestésico e autonomia para execução da assistência durante o procedimento cirúrgico (LEMOS, PENICHE, 2016).

O Objetivo 6 diz respeito ao uso sistemático de métodos conhecidos para minimizar o risco de Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC) e obteve 85% de concordância entre os enfermeiros. Estima-se que as ISC ocorrem em cerca de 3% a 20% dos procedimentos cirúrgicos, sendo consideradas um evento adverso frequente. No Brasil, a ISC ocupa a 3<sup>o</sup> posição, com cerca de 14% a 16% das infecções encontradas em pacientes hospitalizados. Nos EUA, estima-se a ocorrência de 150.000 a 300.000 ISC, que são responsáveis por 8,205 óbitos anuais. (BRASIL, 2017a).

Estima-se que aproximadamente 60% das ISC são passíveis de prevenção. Entre as medidas para prevenção de ISC, a adesão ao antibiótico profilático é uma das principais recomendações da OMS e da ANVISA (WHO, 2016, BRASIL, 2017a). No Brasil, a taxa de adesão ao uso da antibioticoterapia profilática é de 84% (BEZERRA et al., 2015). Já na Suécia, essa taxa é estimada em 92% (RYDENFÄLT et al., 2013).

O objetivo 7 tem como foco práticas para impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas, configurando-se também como um *never event*. Entre os participantes da pesquisa, 55% indicou que concorda totalmente (CT) e 29,5% concorda parcialmente (CP), perfazendo um total de 84% de concordância de que esse objetivo está presente no seu ambiente de trabalho. Esse resultado é preocupante diante da gravidade que a ocorrência de um evento dessa natureza acarreta aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

De maneira geral, a contagem de compressas é uma prática simples e de baixo custo, que exige organização e método estruturado,

que pode ser inclusive um formulário impresso (OMS, 2009; FREITAS, MENDE, GALVÃO, 2016). Por isso, deveria ter uma maior adesão por parte dos membros da equipe. A partir da retenção de uma compressa em uma ferida cirúrgica, forma-se um gossipiboma, que é o termo utilizado para se referir a uma matriz de matéria têxtil envolvida por reação de corpo estranho. Na maioria das vezes, acontece no espaço intra-abdominal, podendo ter apresentação variável, como fístula, abscesso ou massa (RANJAN et al, 2016).

A incidência de gossipiboma é subnotificada devido às implicações médico-legais. Achados de uma revisão de literatura indicam a sua ocorrência de 1:1.000 a 1:1.500 operações abdominais. Muitas vezes o paciente fica assintomático, o que também contribui para a subnotificação (SILVIA, SOUSA, 2013). Estudo desenvolvido no Paquistão acompanhou por mais de três anos pacientes que apresentaram gossipiboma. Ao total, identificaram-se 34 casos, dois quais 84% ocorreram em cirurgia de urgência e 17% em cirurgia eletiva. Os pesquisadores reforçam que a prevenção é fundamental para evitar a morbidade relacionada a essas situações (NAEEN et al., 2016).

No objetivo 8, 84,5% dos participantes concordaram parcial e totalmente de que a identificação precisa dos espécimes cirúrgicos está presente no seu local de trabalho. Esse achado vai ao encontro dos resultados de um estudo com 31 profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico em São Paulo, dos quais 92,9% consideraram o descarte inadequado de uma peça cirúrgica um evento adverso grave (BOHOMOL, TARTALI, 2013). Em um centro médico do Taiwan, dos 200.345 espécimes coletados, 1023 foram identificados com erro de identificação. A identificação precisa do paciente é um desafio nos mais variados setores da saúde (NING et al., 2016).

As consequências dos erros de identificação de rotulagem em espécimes cirúrgicas podem ser catastróficas. Em um relato caso foi identificado um “*near miss*” sobre a troca das peças em duas pacientes submetidas a retirada de espécimes de mama. O evento poderia ter resultado em danos sérios, pois uma das pacientes receberia um diagnóstico e tratamento desnecessários e inadequados, já que uma das amostras foi considerada maligna (TOZBIKIAN, GEMIGNANI, BROGI, 2017).

O Objetivo 9 aborda a comunicação efetiva e troca de informações para a condução segura da operação e obteve 81,4% de concordância, segundo menor índice entre os 10 objetivos avaliados. Problemas de comunicação são muito frequente em CC. Estudo holandês, por exemplo, mostrou que 11% dos eventos adversos

ocorridos na sala cirúrgica foram decorrentes de problemas de relacionamento e falhas de comunicação (CHEVALKING et al., 2014). No Brasil, a falha de comunicação entre a equipe médica e de enfermagem representa 32% das causas dos eventos adversos em CC (BOHOMOL, TARTALI, 2013; SILVA et al., 2016).

O Objetivo 10 propõe que as instituições estabeleçam vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos. Esse foi o objetivo que apresentou o nível de concordância mais baixos, pois apenas 68% dos participantes responderam que o monitoramento dos resultados por indicadores está presente parcialmente (CP) e totalmente (CT) em sua prática.

O compartilhamento de informações e a socialização dos indicadores estimula a aprendizagem a partir do erro. Além disso, a notificação permanente e o rastreamento fortalecem a disseminação da cultura de segurança e envolve os membros da equipe no desenvolvimento de melhores práticas de segurança (BEZERRA et al., 2015). O monitoramento de resultados nos centros cirúrgicos é enfatizado pela sua importância em instrumentalizar inclusive a alta gestão para as tomadas de decisões, sendo que um dos principais dados a ser gerenciados é adesão ao *checklist* de cirurgia segura e o número de eventos adversos que ocorrem no centro cirúrgico (SILVA et al., 2017).

## CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, constatou-se um alto nível de concordância entre os enfermeiros em relação à adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas nos seus locais de trabalho. Exceto o objetivo 10, todos os demais alcançaram níveis de concordo parcialmente e totalmente acima de 80%.

No entanto, como alguns dos objetivos, tais como: Objetivo 1, Objetivo, 7 e Objetivo 8 do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas visam à prevenção de *never events*, pode-se considerar que respostas diferentes de Concorde Totalmente indicam risco à segurança do paciente. A baixa adesão às recomendações propostas pela OMS nesses objetivos incorre em eventos que muitas vezes são irreparáveis ao paciente, a exemplo: lado operado do errado, esquecimento de compressas e gazes no sítio cirúrgico e até mesmo a realização de conduta terapêutica por identificação errada de espécime cirúrgica.

Os resultados contribuem para mostrar a complexidade que é promover a segurança e garantir a adesão em todas as recomendações propostas pelas OMS no Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, porém faz um destaque para que a equipe cirúrgica, concentre energia,

estratégia e investimento em garantir que os *never events* sejam o foco principal de atuação.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa poderão auxiliar a prática de gestores e profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias para promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico.

Quanto às limitações deste estudo, as interpretações dos resultados podem ser consideradas de alcance restrito devido ao recorte transversal. Vale pontuar também que a utilização do procedimento de coleta de dados *online* dificulta o controle de amostras e populações, pois qualquer pessoa pode completar o questionário. Além disso, é mais fácil o participante recusar-se a participar ou abandonar o estudo em andamento, bem como existe maior possibilidade de que pessoas interessadas pelo tema da pesquisa enviesem a composição da amostra.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST TASKFORCE ON THE MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. **Practice guidelines for management of the difficult, airway** –

Anesthesiology, p. 1269-1277, 2013.

AMAYA, M.R., et al.. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. n.19, v.2, p.246-251, 2015.

AUN, M.V; et al. Anafilaxia perioperatória: A experiência brasileira. **Revista Portuguesa Imunoalergologia**. p.99 -106, 2016.

BAILEY, J.G., et al. The impact of adverse events on health care costs for older adults undergoing nonelective abdominal surgery. **Canadian Sugery Forum**.v.59, n.3, p.172-179, 2016.

BRASIL. COSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1.802**, de 01 de novembro de 2006. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802_2006.htm)>

Acesso em: 06 nov. 2017

BRASIL. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**.

Resolução – RDC n.º 15, de 15 de março de 2012 – Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.. Disponível em:



<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-15-de-15-de-marco-de-2012>>. Acesso em 15 nov. 2017.

BRASIL. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**  
**Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>>  
Acesso em 06 nov. 2017.

BRASIL. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.**  
**Resolução** – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em 06 nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 529, de 01 de abril de 2013** – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 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: 02 nov. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/servicos/publicacoes>>. Acesso 06 nov. 2017

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatórios reúnem os dados, por Estado, de Eventos adversos notificados à Anvisa no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017**. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>> Acesso: 06 nov. 2017

BEZERRA, W.R.; et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Revista Eletrônica Enfermagem** 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>>.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, p. 376-81, 2013.

BOHOMOL, E., MELO, E.F. de. Segurança em cirurgia e gestão de recursos físicos e humanos. In: GRAZZIANO et al (org.). **Enfermagem perioperatório e cirurgia segura**, 1. Ed – São Paulo. Yendis, 2016. Cap.2 13-28. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.26, n.4, p.376-81, 2016.

CHEVALKING, A.J.H.; et al. The impacto of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 “near-misses” and adverse events. **Patient Safety in Surgery**. 2014.

COOK, T.M.; WOODALL, N.; FREK, C. 4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists and The Difficult Airway Society. Major complications of airway management in the United Kingdom, Report and Findings. Royal College of Anaesthetists. **British Journal of Anaesthesia**. 2011.

DAMIEN, J.L.; et al. Blood product conservation is associated with improved outcomes and reduced costs after cardiac surgery. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**. v.145. n.3, p.797-804, 2013

DHAWAN, I.; et al. Erros de medicação em anestesia: inaceitável ou inevitável? **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v.67, n.2, p.184-192, 2017

ERDMANN, T.R.; et al. Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anesthesiologistas catarinenses. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. p.105-110, 2016.

ERESTAM, S.; et al. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. **Patient Safety in Surgery**. 2017.

FILHO, G.R.M.; et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento do s ortopedistas brasileiros. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 48, p.554-562, 2013.

- FREITAS, P.S.; MENDES, K.D.; GALVÃO, C.M.; Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.37, n.4., 2016.
- HARADA, M.J.C.S., PEDREIRA, M.L.G., *Cirurgia segura In: GRAZZIANO et al (org.). Enfermagem perioperatório e cirurgia segura*, 1. Ed. – São Paulo: Yendis, p.29-50, 2016,
- LANDERS, R. Reducing surgical erros: Implementing a three-hinge approach to sucess. **AORN Journal**. Pennsylvania, v.1, n.6, p.657-665, 2015.
- LEMONS, C.S, PENICHE, A.C.G., Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.50, p.154-162. 2016.
- LOURENÇÃO, D.C.A; TRONCHIN, D.M.R. Segurança do Paciente no Ambiente Cirúrgico Tradução e Adaptação de instrumento validado. **Acta Paulista de Enfermagem**. V. 29, n.1, p. 1-8, 2016.
- MACHADO, M.H.; et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**. v.6, 2015, p.11-17.
- MEIER, A.C.; et al. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.38, n.2, 2017.
- NAEEN, M.; et al. GOSSYPBOMA: A medical negligence. **Pakistan Journal Surgeon**. v.33, n.1, p.83-86, 2017,
- NING, H.C.; et al. Reduction in Hospital-Wide Clinical Laboratory Specimen Identification Errors following Process Interventions: A 10-Year Retrospective Observational Study. **Journal PONE**. 2016.
- NETO, F.L.D.; et al. Emprego de guia introdutor (bougie) artesanal para intubação em situação de emergência em pacientes que se apresentam com via aérea de difícil intubação: série de casos. **Revista Brasileira Anestesiologia**. v.66, n.2, p.204-207, 2016.

NUNES, F.C.; MATOS, S.S.; MATTIAS, A.L. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. **Revista SOBECC**. v.19, n.3, p.129-135, 2014.

OBI, A.T.; et al. The association of perioperative transfusion with 30-day morbidity and mortality in patients undergoing major vascular surgery. **Journal of Vascular Surgery**. v.61, n.4, 2014.

OLIVEIRA, M.R.; et al. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.1, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 211, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2015.

ORSER, A.B; et al. Review article: Improving drug safety for patients undergoing anesthesia and surgery. **Canadian Journal Anesth** v.60, p.127–135, 2013

RANJAN, R; Transvisceral migration of gossypiboma presenting as gastric outlet obstruction managed endoscopically. **International Surgery Journal**. v.3, n.3, p.1663-1665, 2016.

RYDENFÄLT, C.; et al. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. **International Journal for Quality in Health Care**. v.25, n.25, p.182–187, 2013.

SILVA, S.M.; SOUSA, J.B. Gossipiboma após operação abdominal é situação clínica desafiadora e sério problema médico legal. **ABCD Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**. n.2, p.40-143, 2013.

SILVA, A. C. A; et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. v.21, p. 01-09, 2016.

SILVA, E.F.M.; et al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre *checklist* de cirurgia segura. **Arquivo Ciência em Saúde**. v.24, n.3, p.71-78, 2017.

SENDLHOFER, G.; et al. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Interventions to Optimize the Process and Hints to Increase Compliance. **Journal PONE**. 2015.

SOARES, J.M.; et al. Conhecimento dos anesthesiologistas sobre transfusão de concentrado de hemácias em pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira Anestesiologia**. v.67, n.6, p.584-591, 2017.

SPAHN, D.R.; GOODNOUGH, L.T. Alternatives to blood transfusion. **v.381 2013**. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>.> Acesso em: 06 nov. 2017

THURNHERR, J.S.; et al. Should nurses be allowed to perform the pre-operative surgical site marking instead of surgeons? A prospective feasibility study at a Swiss primary care teaching hospital. **Patient Safety in Surgery**. 2017.

TOZBIKIAN, G.; GEMIGNANI, M.L.; BROGI, E. Specimen Identification Errors in Breast Biopsies: Age Matters. Report of Two Near-Miss Events and Review of the Literature. **The Breast Journal**. v.23, n.5, p.583–588, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global guidelines for the prevention of surgical site infection**. Geneva (SZ): World Health Organization, 2016.

ZHANG, Y.; et al. The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia in a Chinese hospital. **Acta Anaesthesiol Scand**. p.158-164, 2013.

## 5.2 MANUSCRITO 2 – GESTÃO DO CUIDADO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: PRÁTICAS E DIFICULDADES DE ENFERMEIROS

**RESUMO:** **Objetivo:** identificar as práticas e dificuldades de enfermeiros na gestão do cuidado para a promoção da segurança do paciente do paciente no centro cirúrgico. **Método:** pesquisa *survey online* exploratória-descrita, com abordagem quantitativa, a partir de um questionário no *Google forms*®, no período de junho a agosto de 2017. Os participantes da pesquisa foram 220 enfermeiros de centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. O instrumento de coleta de dados foi composto por questões acerca da caracterização sócio profissional dos enfermeiros e perguntas abertas sobre as práticas e dificuldades dos enfermeiros na gestão do cuidado visando à segurança do paciente no centro cirúrgico. Os dados foram agrupados e analisados com por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Os participantes citaram 348 práticas de gestão do cuidado para a promoção da segurança do paciente, que foram agrupadas por similaridades e sintetizadas em 23 tópicos. A prática mais citada foi a aplicação do *checklist* de cirurgia segura. Quanto às dificuldades, obtiveram-se 292 citações, que foram agrupadas em 27 tópicos. As principais dificuldades foram o descomprometimento das equipes médicas, anestésicas e de enfermagem com as práticas de segurança e os problemas de comunicação e relacionamento interpessoal. **Conclusão:** Os resultados obtidos poderão contribuir com a prática dos enfermeiros em centro cirúrgico visando o desenvolvimento de ações para a promoção da segurança do paciente. **DESCRITORES:** Segurança do Paciente; Centros Cirúrgicos; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Supervisão de Enfermagem; Gestão em Saúde.

### INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico é uma unidade que contempla um sistema sociotécnico estruturado, administrativo e psicossocial. Sua principal característica é a complexidade relacionada aos procedimentos cirúrgicos-anestésicos que envolvem diferentes profissionais e o seu uso das tecnologias, associado sua conexão com as diferentes áreas e estruturas hospitalares (CARVALHO, MORAES, 2016).

A enfermagem está presente em todas as etapas do período perioperatório, sendo considerada a principal equipe e agente de mudança que contribui para a transformação do sistema de saúde, visando torná-lo mais seguro. O enfermeiro, pela atuação em

praticamente todas as áreas das organizações de saúde, é um profissional com potencial para desenhar processos que envolvem a lógica e o planejamento para diminuição de erros pelos diferentes integrantes da equipe. No ambiente cirúrgico, o enfermeiro tem um papel fundamental em garantir que melhores práticas de cuidado proporcionem a segurança do paciente (HARADA, PEDREIRA, 2016).

O enfermeiro é reconhecido como o gestor do cuidado no centro cirúrgico, no qual cabe desempenhar diariamente nas suas atividades: planejamento, previsão de recursos, liderança, gestão de mudança, negociação, resolução de conflito, trabalho sob pressão e avaliação das melhores práticas. (CARVALHO, COUTINHO, COSTA, 2016; PORFIRIO et al., 2016). A *Association of periOperative registered Nurses – AORN* define a gestão do cuidado do enfermeiro no centro cirúrgico como a coordenação das funções relacionados com o cuidado de enfermagem aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica e traz que o enfermeiro deve ser o responsável pela gestão do cuidado, reconhecendo as melhores práticas e equilibrando a execução do serviço e atendimento as necessidades humanas básicas do paciente (AORN, 2014).

A gestão do cuidado exercida pelo enfermeiro no centro cirúrgico deve ser guiada por normas de qualidade que contribuam para melhores práticas de cuidado e sua individualização. Isso contribuirá para a realização de uma assistência com segurança para o paciente (CARVALHO, MORAES, 2016).

No Brasil, um estudo que avaliou o volume de eventos adversos decorrentes da assistência em saúde em um centro cirúrgico mostrou que 42% estão relacionados a falhas no processo de gestão do cuidado realizado por enfermeiros, incluindo falhas relacionadas ao planejamento, previsão e controles adequados dos recursos (SOUZA, et al., 2011).

Em 2007, a ANVISA e a OMS lançaram como desafio mundial a campanha *Safe Surgery Saves Lives* (cirurgia segura salva vidas) e definiu padrões de segurança que podem ser aplicados mundialmente. Em 2013, publicou por meio da Diretoria Colegiada – RDC N°36, que regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente, tornando obrigatório nas instituições de saúde o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), no qual coloca em destaque a segurança no procedimento cirúrgico como uma das metas internacionais.

Adicionalmente, um estudo na Holanda avaliou 67.360 procedimentos cirúrgicos e identificou 1300 eventos adversos e 1263 *near-miss*, no qual os motivos das ocorrências foram categorizados

como falha humana, organizacional, técnica e relacionada ao paciente (CHEVALKING et al., 2014).

Embora a discussão sobre segurança do paciente no ambiente de centro cirúrgico seja uma temática atual, revisão integrativa realizada acerca de estudos realizados sobre a segurança do paciente no ambiente hospitalar, evidenciou entre 2009 a 2015 que somente 3,45% dos estudos eram relacionados ao tema segurança no procedimento cirúrgico (SILVA et al., 2016). Portanto, destaca-se a relevância deste estudo acerca das práticas e dificuldades de gestão do cuidado realizadas por enfermeiros de centro cirúrgico visando à segurança do paciente.

Este estudo teve como objetivo identificar as práticas e dificuldades de enfermeiros na gestão da segurança do paciente em centro cirúrgico.

## **MÉTOD**

Trata-se de uma pesquisa *survey online*, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário elaborado no *Google forms*®, no período de junho a agosto de 2017.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes. A primeira delas continha questões acerca da caracterização sócio profissional dos enfermeiros. Na segunda parte, haviam duas questões abertas: (1) Como você procura gerenciar o cuidado visando à segurança do paciente no centro cirúrgico? e (2) Quais aspectos dificultam a sua atuação na gestão do cuidado para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico?

Antes da coleta de dados, foi realizado pré-teste do instrumento com três enfermeiros de centro cirúrgico e dois enfermeiros docentes com experiência na temática do estudo, os quais não foram incluídos na pesquisa. Não houve necessidade de alterações no instrumento.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros que atuavam em centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de comunicação eletrônica (e-mail) aos enfermeiros cadastrados na Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilização e Recuperação Pós Anestésica (SOBECC), nos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e na Rede de Hospitais do Brasil com Núcleo de Segurança do Paciente NSP cadastrados na ANVISA. Além disso, o questionário também foi



compartilhado on-line, por meio do *Facebook*®, *LinkedIn*®, *WhatsApp*® e *INSTAGRAM*®.

Foi considerado como critério de inclusão experiência profissional mínima de três meses como enfermeiro de centro cirúrgico. Foram excluídos os questionários com informações incompletas e em duplicidade, ou seja, quando o mesmo participante respondeu mais de uma vez o questionário. A duplicidade de respostas foi avaliada por meio da auditoria dos registros de e-mail dos participantes, sendo incluída na pesquisa a última resposta recebida.

Os dados de caracterização dos participantes do estudo foram organizados em planilha eletrônica e a análise foi realizada com o uso do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 19. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de frequência absoluta e percentual. Para as variáveis contínuas, foram analisadas as medidas de posição (média, mínimo e máximo) e dispersão (desvio padrão). As respostas dos enfermeiros às questões abertas do questionário foram organizadas em uma planilha no *Microsoft Excel*®, agrupadas por similaridade e analisadas com recursos da estatística descritiva, com a frequência absoluta relativa e a média aritmética simples.

As recomendações éticas foram seguidas e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 64255317.9.0000.0121.

## **RESULTADOS**

Dos 248 questionários recebidos, 28 foram excluídos (10 devido a duplicidade de participação, 10 por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo e 8 por preenchimento inadequado), totalizando, portanto, 220 participantes válidos para a pesquisa.

Os enfermeiros eram majoritariamente do sexo feminino (n=186; 85%), com média de idade de 37,6 anos (DP=8,40; mínimo de 21 e máximo de 62 anos), com especialização na área de centro cirúrgico (n=75; 35%). Referente às variáveis laborais, predominaram enfermeiros de hospitais privados (n=79; 39%), da região Sudeste (n=75; 35%), com atuação na assistência de enfermagem (n=108; 53%) e tempo médio de atuação em centro cirúrgico de 7,84 anos (DP=7,11; mínimo de 0,25 e máximo de 37 anos).

Em relação às práticas de gestão do cuidado, foram consideradas as respostas de 202 participantes, pois 18 enfermeiros não responderam à questão relativa a esse tópico. Os participantes citaram 348 práticas, que foram agrupadas por similaridades e sintetizadas em 23 tópicos

(Tabela 1). Alguns participantes listaram mais de uma prática e por isso temos um número maior de citações do que participantes.

Tabela 1 – Práticas de gestão do cuidado para a segurança do paciente no centro cirúrgico.

<b>Práticas de gestão do cuidado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aplicação na íntegra ou parcial do <i>checklist</i> de cirurgia segura	83	24
Aplicação de protocolos assistenciais de segurança (6 metas internacionais) e protocolos específicos de centro cirúrgico	61	18
Educação continuada da equipe de enfermagem	34	10
Comunicação efetiva com a equipe e entre setores	21	6
Adesão a normas, rotinas e procedimentos padronizados pela instituição	18	5
Realização de uma ou mais etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)	14	4
Avaliação, identificação de riscos e notificação de eventos adversos	13	4
Busca por atualização profissional	13	4
Realização direta do cuidado, incluindo a recepção do paciente na porta do centro cirúrgico.	13	4
Previsão e conferência da funcionalidade de materiais e equipamentos	12	3
Monitoramento de indicadores	10	3
Conferência das informações e documentações e dupla checagem	10	3
Liderança da equipe de enfermagem	9	3
Adesão da cultura de segurança institucional com atuação do NSP	6	2
Auditoria de processos e práticas assistenciais	5	1
Preparo cirúrgico do paciente no período pré-operatório	5	1
Supervisão direta da equipe de enfermagem	5	1
Dimensionamento da equipe de enfermagem	4	1
Comunicação e orientação do paciente e de familiares	4	1
Realização de uma assistência individualizada	2	1
Gerenciamento do leito	2	1
Organização do setor e controle da unidade	2	1
Registro das ações no prontuário	2	1

A prática mais citada (n=83) foi a aplicação do *checklist* de cirurgia segura proposto pela OMS/ANVISA. Para essa etapa, foram considerados participantes que relataram utilizar na íntegra ou partes que compõem os *checklist*. A segunda principal prática (n=61) foi a

aplicação de protocolos assistenciais de segurança, incluindo as práticas propostas nas 6 metas internacionais na RDC N°36. Nessa categoria, além das metas internacionais, foram considerados também participantes que citaram utilizar na prática, protocolos específicos de centro cirúrgico, tais como posicionamento cirúrgico, aplicação correta de placas de eletro cautério, entre outros.

Para a análise das dificuldades dos enfermeiros na gestão do cuidado, foram consideradas as respostas de 204 participantes, pois 16 participantes não responderam essa questão. Os participantes citaram 292 práticas, que foram agrupadas por similaridades e sintetizadas em 27 tópicos (Tabela 3). Alguns participantes listaram mais de uma prática e por isso temos um número maior de citações do que participantes.

Tabela 2 – Dificuldades dos enfermeiros na gestão do cuidado para a segurança do paciente em centro cirúrgico.

<b>Dificuldades da gestão do cuidado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Descomprometimento das equipes médicas, anestésicas e de enfermagem com as práticas de segurança	44	15
Dificuldade de comunicação e relacionamento interpessoal no trabalho	44	15
Subdimensionamento da equipe de enfermagem	36	12
Baixa adesão aos protocolos de segurança por parte da equipe médica	33	11
Falta de recursos materiais e equipamentos	27	9
Acúmulo de funções como enfermeiro	14	5
Sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem	13	4
Falta de apoio da direção para implantação de uma cultura de segurança	11	4
Quantidade de cirurgias acima da capacidade instalada no centro cirúrgico	9	3
Resistência à mudança de membros das equipes médicas e de enfermagem	8	3
Problemas de comunicação com outras unidades hospitalares	8	3
Falta de autonomia do enfermeiro	7	2
Rotatividade de membros das equipes anestésicas e cirúrgicas	6	2
Alta demanda de cirurgias de emergência	5	2
Falhas de preparo do paciente no período pré-operatório	4	1
Falta de educação continuada da equipe de enfermagem	4	2
Excesso de tarefas burocráticas	3	1
Presença de profissionais externos à instituição	3	1

Cobrança da direção para cumprimento de meta	2	0,7
Ausência de leitos hospitalares	2	0,7
Ingerência sobre as equipes cirúrgicas	2	0,7
Inexperiência da equipe de enfermagem	2	0,7
Omissão de informação por parte do paciente	1	0,3
Restrições das operadoras de saúde	1	0,3
Estabilidade dos servidores públicos	1	0,3
Excesso de documentação do prontuário do paciente	1	0,3
Ausência de acompanhante para o paciente	1	0,3

O descomprometimento das equipes médicas, anestésicas e de enfermagem com as práticas de segurança, juntamente com a dificuldade de comunicação e relacionamento interpessoal apresentaram o mesmo número de citações pelos participantes da pesquisa (n=44), ficando empatados como as duas principais dificuldades. O subdimensionamento da equipe de enfermagem (n=36) foi a segunda dificuldade mais citada, seguida da baixa adesão aos protocolos de segurança por parte das equipes médicas (n=33).

## DISCUSSÃO

A utilização de protocolos assistenciais tem ganhado cada vez mais espaço nos ambientes de cuidado. Padronizar a assistência é um dos grandes desafios e a principal busca dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico. A utilização de *checklist* como ferramentas de cuidado é uma importante estratégia de promoção da segurança do paciente.

A utilização do *checklist* de cirurgia segura foi a principal prática de gestão citada pelos participantes do estudo. Esse resultado corrobora os achados de estudo anterior no qual o *checklist* de cirurgia segura foi citado como a principal ferramenta para a promoção da segurança e melhoria da qualidade assistencial (GOMES, MARTINS, FERNANDES, 2016). A sua aplicação também está associada à redução na taxa de mortalidade dos pacientes submetido aos procedimentos cirúrgicos (HAYNES, et al., 2009). Porém, é importante que o instrumento seja aplicado na íntegra em todos os períodos cirúrgicos (DHARAMPAL et al., 2016; WANGOO et al., 2016; PANCIEIRI et al., 2013).

Apesar da relevância do *checklist* de cirurgia segura, existem outros protocolos assistenciais que contribuem para a segurança do paciente, como os propostos pela RDC nº36. Essa Resolução é conhecida nacionalmente como as seis metas internacionais de segurança, a saber: identificação do paciente, comunicação efetiva, uso

seguro para medicamentos, higiene das mãos, redução de lesão por pressão e quedas, que podem ser aplicadas em todo o período perioperatório (BRASIL, 2013).

Além da RDC, órgãos nacionais e internacionais, como a *Joint Commission* e Acreditação Canadense, também recomendam práticas e protocolos de cuidado descritos por instituições de certificação. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC publicou a 7<sup>o</sup> edição de diretrizes de práticas no centro cirúrgico, em 2017, sendo essa uma das mais importantes ferramentas nacionais que trata das melhores práticas em centro cirúrgico (SOBECC, 2017).

Os órgãos sejam nacionais e internacionais, assim como, sejam de iniciativas públicas e privadas, sempre são importantes espaços de discussão e compartilhamento de experiência. Os enfermeiros de centro cirúrgico precisam estar presentes nesses ambientes e se envolver para que possam cada vez mais fortalecer as melhores práticas de cuidado, assim como, contribuir com a produção teórico prática da enfermagem em centro cirúrgico.

A terceira prática mais citada (n=34) foi a realização de treinamento e educação continuada. Trata-se de ações importantes para a disseminação da cultura de segurança no ambiente cirúrgico, que podem ser desenvolvidas por meio de metodologias diversas, como: videoaulas, aulas expositivas e educação à distância (OLIVEIRA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2017).

Nesse sentido, destaca-se estudo que relatou a experiência da realização de simulações com cenários realísticos para a capacitação e engajamento da equipe do centro cirúrgico. Inovações como essa contribuem para a difusão de outras formas diferente dos métodos tradicionais entre ensinar e aprender, podendo trazer resultados de grande impacto para a equipe de trabalho, melhorias nas práticas que irão corroborar para ampliar a segurança do paciente (BOHMOL, TARTALI, 2017).

Faz parte da formação e talvez seja uma das principais competências do enfermeiro a educação em saúde. O enfermeiro como gestor do cuidado tem um papel fundamental de promover a educação continuada para sua equipe, seus pares e para os pacientes. É preciso que seja reconhecida cada vez mais o processo de educação como uma ferramenta importante de cuidado.

Durante o processo educacional, seja por meio de treinamentos, simulações realísticas ou supervisão de ações práticas, precisa ser

reconhecido nesse momento uma das mais importantes ações de gestão do cuidado.

Foram citadas como práticas de gestão do cuidado pelos enfermeiros três formas de exercer a comunicação: a) a comunicação verbal entre os membros da equipe que atuam no centro cirúrgico ou em outras unidades do hospital (n=21); b) a comunicação verbal entre o paciente e familiares (n=4) e; c) a comunicação escrita e registrada no prontuário (n=2). Apesar da diferença expressiva entre elas com relação aos números de citações, ambas fazem parte da mesma prática: a comunicação efetiva, descrita inclusive como uma meta internacional de segurança.

A falha de comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe médica pode representar em média 32% das principais causas dos eventos adversos que ocorrem no centro cirúrgico. A prática dos enfermeiros sobre a segurança do paciente traz a comunicação como ferramentas essencial para a cultura de segurança nos estabelecimentos de assistenciais de saúde (SILVA et al., 2016).

O procedimento de emergência, a falta de afinidade e empatia entre os membros da equipe são fatores que contribuem negativamente para a comunicação assertiva. A passagem de plantão e a interação entre as áreas de apoio também são fatores de destaque no processo de comunicação, destacando a importância da possibilidade de registro sempre que for condizente com a dinâmica de atendimento do paciente (SANTOS et al., 2010; BUENO et al., 2015).

A comunicação e o envolvimento do paciente e família em todas as etapas de cuidado, além de um processo de acolhimento e humanização é atualmente denominada como assistência participativa. Essa comunicação tem como prerrogativa a inclusão do paciente e familiar em todo o seu processo de cuidado, no qual eles possuem subsídios que os tornam capazes de avaliar inclusive a assistência recebida (BIANCHINI, CAREGNATO, OLIVEIRA, 2016; SILVA et al., 2016).

Em todos os estudos, fica muito evidente a dificuldade dos profissionais e saúde em se comunicar, em especial, quando falamos do ambiente cirúrgico. Se comunicar em um ambiente onde a equipe é separada em salas de trabalho (sala cirúrgica), onde atuam inúmeros profissionais de diferentes formações, valores, gêneros, idades e cultura. Que durante o processo de comunicação na grande maioria do tempo estão utilizando máscara cirúrgica que impede tanto a fala quanto a escuta fica prejudicada, talvez seja esperado que problemas de comunicação ocorram.

Cabe ao enfermeiro gestor do cuidado do centro cirúrgico encontrar estratégias que consigam superar tais dificuldades e que contribuam para que cada vez mais a comunicação no ambiente cirúrgico não seja uma barreira e sim uma ferramenta de segurança do paciente. É da natureza do profissional de saúde, e em especial dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico, a necessidade de padronizar as práticas de cuidado. Existem algumas ferramentas que são utilizadas no dia-a-dia, como procedimentos operacionais padrão (POPs) e implantação de normas e rotinas.

Essa padronização permite ao enfermeiro gerenciar um ambiente mais organizado para a realização das práticas, harmonia e linearidade que são convertidas em segurança para a equipe e para o paciente (RICHA, GUIMARÃES, CARDOSO, 2014).

Considerando a padronização de práticas de cuidado como uma forma de sistematizar a assistência de enfermagem e promover a segurança, existe no Brasil uma ferramenta denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no qual é obrigatória a sua aplicação em todas as unidades de saúde por meio da Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Para a sistematização no centro cirúrgico, existe uma variação dessa ferramenta denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

A utilização do SAEP como prática de gestão de cuidado que promove a segurança foi pouco citada pelos participantes (n=14), isso nos leva a reflexão, que apesar dessa ferramenta existir a mais de 30 anos e estar presente em todas as grades curriculares nos cursos de formação dos enfermeiros, ainda temos muitas dificuldades de se fazer presente na prática.

O SAEP vem sendo descrita e apresentada como a ferramenta que sistematiza a assistência de enfermagem no período perioperatório e contribui para a promoção da segurança do paciente (MONTEIRO et al., 2014; SANTOS, RENNO, 2013).

Mesmo sendo essa ferramenta de segurança, talvez os enfermeiros de centro cirúrgico, não consigam reconhecer a sua importância na prática, ou muitas vezes não estão tão engajados em utilizar essa ferramenta, tanto quanto utilizam os demais protocolos assistenciais e até mesmo o protocolo de cirurgia segura.

A falta de conhecimento dos profissionais sobre o SAEP, associada à falta de organização e priorização dos gestores na implantação da ferramenta são aspectos que podem contribuir para que

ela seja pouco difundida na rotina de trabalho dos enfermeiros de centro cirúrgico (BOTELHO, VELOSO, FAVERO, 2013).

Ainda sobre a SAEP preciso lembrar que no processo de sistematização da assistência está contida a atuação do enfermeiro como um profissional que presta o cuidado direto ao paciente. A realização de cuidado direto foi citada por 13 enfermeiros, com destaque para a recepção do paciente na porta do centro cirúrgico.

Na admissão do paciente na porta do centro cirúrgico é possível fazer avaliações técnicas relacionadas ao procedimento cirúrgico. Trata-se de um mecanismo de barreira para a segurança do paciente e que ainda promove o processo de acolhimento e humanização necessário para o cuidado do paciente que vai ser submetido ao procedimento cirúrgico (CRUZ, VARELA, 2002).

A recepção do paciente na porta do centro cirúrgico pelo enfermeiro, foi uma importante descoberta dos achados do estudo. A recepção do paciente na porta é o momento crucial para a promoção da segurança do paciente e nesse momento o enfermeiro cria o ambiente de cuidado, acolhimento e confiança com o paciente e família, que tem uma atuação fundamental nesse momento. É na porta do centro cirúrgico que o vínculo acontece e ali o mais importante ambiente de cuidado do centro cirúrgico.

Outra prática de cuidado citada entre os participantes foi o gerenciamento de risco, descrito como avaliação, identificação de riscos e notificação de eventos adversos. A equipe de enfermagem tem uma importante atuação na notificação de evento adversos, pois a segurança do paciente nem sempre é vista como uma responsabilidade de todos os membros da equipe. Dessa forma, a equipe de enfermagem acaba assumindo o papel de defender os interesses do paciente (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

O monitoramento de indicadores e a divulgação dos resultados para os diferentes membros da equipe são prática de gestão do cuidado que contribuem para a segurança do paciente e aumento da cultura de segurança nas instituições (SANTOS, RENNO, 2013). Três estudos trouxeram como resultados semelhantes, que a cultura de segurança nos profissionais de centro cirúrgico ainda é um desafio, descrito inclusive como o principal desafio do enfermeiro para promoção de práticas com segurança (KAWAMOTO et al., 2016; CARVALHO et al., 2015; CAUDURO et al., 2013).

Chama a atenção o fato de somente nove participantes terem citado a liderança como uma prática de gestão do cuidado que promove a segurança. Em uma pesquisa, 71% dos participantes relataram que a



omissão do líder da equipe em virtude da falta de autonomia para a resolução de potenciais problemas pode levar a eventos adversos ao paciente no centro cirúrgico (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

O enfermeiro como líder de equipe exerce o papel de engajar e motivar não somente a equipe de enfermagem, mas também os membros da equipe cirúrgica e anestésica. O enfermeiro é reconhecido como o mediador de conflito e por meio da liderança a implantação de práticas de segurança é mais efetiva (BRAGA et al., 2016; LOPES et al., 2015).

Estudo realizado em Portugal concluiu que além de promover a segurança do paciente, a liderança exercida pelo enfermeiro interfere positivamente na satisfação do paciente. A partir da liderança, o enfermeiro consegue transmitir ao paciente confiança e segurança, que é deposita em toda a equipe de enfermagem (NUNES, GASPAS, 2016).

O número pequeno de citações referentes à liderança pode ser considerado como um fator que contribuiu com as dificuldades de práticas de gestão do cuidado. A ausência de liderança pode estar associada ao descomprometimento das equipes médicas, anestésica e de enfermagem com as práticas de segurança. Principal dificuldade citada pelos participantes deste estudo.

Cauduro et al. (2013) apresentam baixos scores de cultura de segurança atribuídos à alta administração do hospital. Nesse aspecto, demonstra como a liderança interfere na equipe, para a adesão das práticas de segurança. O desenvolvimento de líderes dentro do ambiente hospitalar é ainda um grande desafio para as instituições de saúde.

O descompromisso citado pelos participantes, pode ser traduzido como a baixa cultura de segurança entre os membros da equipe. A Portaria MS/GM nº 529/2013 define cultura de segurança como o envolvimento de todos os profissionais que prestam cuidado e gestores para que assumam a responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança dos colegas, segurança do paciente e familiares.

Estudo transversal realizado em três hospitais do Ceará, Brasil, evidenciou que a cultura de segurança está abaixo do ideal entre os profissionais (CARVALHO et al., 2017). Problemas relacionados a baixa cultura de segurança no ambiente cirúrgico são descritos em outros países, não apenas no Brasil.

Na Suécia, estudo não evidenciou melhora no índice de cultura de segurança do paciente mesmo após a aplicação do *checklist* de cirurgia segura (ERESTAM et al., 2017). Uma revisão sistemática da literatura em bases internacionais mostrou que a maioria dos estudos sobre cultura de segurança do paciente são realizados nos Estados Unidos. Porém, o número de estudos usando instrumentos para avaliar a cultura de

segurança na sala de cirurgia é pequeno, demonstrando que a cultura de segurança no bloco cirúrgico ainda é um grande desafio mundial (ZHAO et al., 2017).

Um motivo pelo qual exista o descomprometimento da equipe pode estar relacionado ao alto índice de problemas de relacionamento e comunicação entre os membros da equipe no centro cirúrgico. Registros mostram que 11% dos eventos adversos ocorrem decorrente de problemas de relacionamento e falha de comunicação (CHEVALKING, et al., 2014).

Na Austrália, pesquisadores observaram o relacionamento de auxiliares, enfermeiros, cirurgiões e anestesistas durante 160 cirurgias ao longo de seis meses. O resultado mostrou problemas de relacionamento e falhas de comunicação, os quais contribuíram para eventos potenciais relacionados à segurança do paciente. Os pesquisadores destacam que o compartilhamento das informações durante o ato cirúrgico é crucial para a melhoria da tomada de decisões (GILLESPIE et al., 2013).

É muito comum problemas de relacionamento entre as equipes nos centros cirúrgicos. O *checklist* da cirurgia segura é uma importante ferramenta para aproximar e melhorar a comunicação (PUGEL et al., 2015). Para os enfermeiros, as dificuldades de manutenção de um bom relacionamento com a equipe médica é uma das principais dificuldades enfrentadas no centro cirúrgico (LOPES et al., 2015). Dificuldades de relacionamento entre a equipe médica e de enfermagem também estão descritos e outros ambientes de trabalho dos enfermeiros (DORIGAN, GUIARDELLO, 2017).

A comunicação entre as outras unidades de destino, que o paciente será cuidado, é de fundamental importância. O registro das informações relevantes, é uma importante estratégia para favorecer a comunicação efetiva e promover a segurança ao paciente (SOUSA et al., 2014).

O subdimensionamento da equipe de enfermagem foi a 3ª dificuldade mais citada pelos participantes. A alta rotatividade da equipe de enfermagem compromete não somente a segurança do paciente mas repercute em elevação dos custos hospitalar. Os custos com a rotatividade (*turnover*) da equipe de enfermagem chegam a R\$ 314.605,62 (RUIZ, PEROCA, JERICÓ, 2015).

O fato de poucos enfermeiros terem citado o dimensionamento da equipe como uma prática de cuidado, em consonância do fato do enfermeiro não se utilizar dessa prática, pode incorrer em uma má gestão da escala de enfermagem. Como consequência, pode-se ter a

sobrecarga de trabalho e subdimensionamento da equipe de enfermagem.

O enfermeiro de centro cirúrgico, precisa reconhecer na escala como uma das importantes ferramentas de gestão do cuidado e promoção da segurança tanto para ele como para a equipe de trabalho.

A falta de conhecimento aliada ao descomprometimento da equipe é que leva a baixa adesão dos protocolos de segurança da equipe médica. Em estudo realizado com 502 ortopedistas brasileiros, 72% afirmaram nunca terem sido capacitados para o uso do referido protocolo de cirurgia segura, 40% já relatou ter realizado a cirurgia no local errado e 40% relataram não demarcar o local da cirurgia (FILHO et al., 2013).

A baixa adesão aos protocolos é uma realidade demonstrada não apenas no Brasil. Estudo feito com cirurgiões da Índia mostrou que apenas 57% dos cirurgiões conheciam o protocolo de cirurgia segura e 32% utilizam-no na sua prática profissional (MALHORTA et al., 2017). Na Suécia, um hospital buscou aumentar a cultura de segurança no centro cirúrgico por meio do protocolo de cirurgia segura. O estudo envolveu 150 profissionais e mostrou a má adesão ao protocolo de cirurgia segura por diferentes membros da equipe. A etapa com menor adesão foi o *time out* (ERESTAM et al., 2017). A baixa adesão aos protocolos de segurança, procedimentos operacionais padrão (POP'S) e normas foi a causa de 34% dos eventos adversos que ocorreram em 2563 incidentes em procedimentos cirúrgicos (CHEVALKING et al., 2014).

O Brasil, considerado um país em desenvolvimento, nos últimos anos vem passando por uma grave crise econômica, o que contribuiu para que a falta de recursos (materiais, tecnológicos e humanos) atingissem todos os setores, inclusive os mais primordiais como a saúde. Tem sido frequente a elevada taxa de cancelamento e suspensão de cirurgias por falta de recursos, equipamentos, médicos e profissional de enfermagem (SANTOS, 2015; SAMPAIO, GONÇALVES, JUNIOR, 2016),

Diante do cenário de limitação de recursos a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e o acúmulo de funções dos enfermeiros, contribuiu para fragilidades na segurança do paciente. Em muitas circunstâncias, o enfermeiro acaba assumindo mais de uma unidade, como por exemplo, centro cirúrgico e CME. A sobrecarga de trabalho e distração ocasionada por colegas e/ou pacientes são responsáveis por 35,5% dos eventos adversos em centro cirúrgico (BOHOMOL, TARTALI, 2013).

A sobrecarga e o acúmulo de funções podem estar associado a problemas de gestão das instituições. A falta de comprometimento da alta gestão e incentivo para programas de segurança contribuem para resultados desfavoráveis na prática e baixa cultura de segurança (KAWAMOTO et al., 2016).

Um dos fatores que interferem no incentivo de programas de segurança pela alta gestão é a necessidade de investimento em processos e tecnologias. Algumas estratégias de segurança tem um valor elevado. Porém, é importante ressaltar que muitas vezes o não investimento em segurança pode acarretar futuramente prejuízos não calculados.

## CONCLUSÃO

A implantação do *checklist* de cirurgia segura é uma prática importante, mas a segurança no procedimento cirúrgico, somente é possível por meio da execução do conjunto de ações descritas neste estudo como práticas de gestão do cuidado. A realização de maneiras conjunta dessas práticas é que irão efetivamente garantir a segurança do paciente no centro cirúrgico.

A comunicação efetiva entre os membros da equipe ainda é a principal dificuldade enfrentada pelos enfermeiros do centro cirúrgico, sendo o problema que mais contribuiu para a ocorrência de eventos adversos nos procedimentos cirúrgicos. Ainda temos muito a evoluir para que a cultura de segurança esteja presente no centro cirúrgico. A alta direção tem um papel fundamental em investir principalmente com educação continuada, para que a alta cultura de segurança seja uma realidade nos centros cirúrgicos do Brasil.

O enfermeiro é o gestor do cuidado no centro cirúrgico, por meio da liderança é capaz de promover a segurança do paciente. A atuação do enfermeiro como líder e gerente do cuidado no centro cirúrgico contribui para evitar eventos adversos e aumentar a adesão nos protocolos de segurança por todos os membros da equipe.

A recepção do paciente na porta pelo enfermeiro se mostrou a principal prática de cuidado direto do enfermeiro no centro cirúrgico tanto do ponto de vista de segurança como de acolhimento. Destaca-se ainda a importância de o enfermeiro estimular a participação do paciente no seu processo de cuidado de maneira a promover uma assistência participativa.

Dessa forma, os resultados apresentados poderão contribuir com a prática de enfermeiros assistenciais e gestores de centro cirúrgico ao evidenciar o conjunto de práticas necessárias para a promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico. Ainda contribui demonstrado

a importância da gestão do cuidado no centro cirúrgico como a principal ferramenta para segurança do paciente. Por meio das dificuldades apresentadas, é possível auxiliar para o desenvolvimento de estratégias que irão potencializar a segurança cirúrgica.

A utilização de coleta de dados *online* pode ser considerada um fator dificultador de do controle de amostras e populações, pois qualquer pessoa pode completar o questionário e se apresenta como uma das limitações deste estudo. Nesse tipo de estudo também é importante considerar que é mais suscetível que o participante se recuse a participar ou abandonar o estudo em andamento, assim como, como existe uma possibilidade de que pessoas interessadas pelo tema da pesquisa enviem a composição da amostra.

## REFERÊNCIAS

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Perioperative standards and recommended practices. Denver; 2014.

BAILEY, J.G., et al. The impact of adverse events on health care costs for older adults undergoing nonelective abdominal surgery. **Canadian Sugery Forum**. Canadá, 2016.

BIANCHI, E.R.F, CAREGNATO, R.C.A.; OLIVIERA, R.C.B. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória *In*: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueri, SP. Manole. cap. 3, p.33-52, 2016.

BOTELHO, J.; VELOSO, G.B.L.; FAVERO, L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enfermagem Foco**. p.198-201, 2013

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, p. 376-81, 2013.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Utilização de cenários para educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**. São Paulo. p. 138-144, 2017.

BUENO, B.R.M.; et al. Caracterização da passagem de plantão ente o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**. p. 512-518, 2015.

BRAGA, D.D.; et al. Exercício da liderança do enfermeiro no bloco cirúrgico. **Journal of Nursing and Health**. p. 267-278. 2016.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013** – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)> Acesso: 10 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 529, de 01 de abril de 2013** – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso: 02 nov. 2017.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução n o 358, de 23 de outubro de 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao\\_read.asp?id=337](http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=337)>. Acesso em: 05 out. 2015

CRUZ, E. A.; VARELA, Z. M. V. Admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem** v. 4, n. 1, p. 51 – 58, 2002.

CARVALHO, P.A.; et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. p.1041-8, 2015.

CARVALHO, R.; MORAES, M.W. Inserção do Centro Cirúrgico no contexto hospitalar. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueir, SP. Manole, 2016. cap. 1, p.1-18.

CARVALHO, R.E.F.L.; et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2017.

CARVALHO, R., COUTINHO, R.M.C.; COSTA, A.L.S. Recursos humanos em centro cirúrgico In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueir, SP. Manole, 2016. cap. 4, p.53-70.

CAUDURO, F.L.F.; et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**. p. 129 – 138. 2015.

CHEVALKING, A.J.H.; et al. The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 “near-misses” and adverse events. **Patient Safety in Surgery**. 2014.

DHARAMPAL, N.; et al. Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: just another tick box? **Canadian Journal of Surgery**. v. 59, 2016

DORIGAN, G.H.; et al. Ambiente da prática, Satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. p. 129-35. 2017

ERESTAM, S.; et al. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. **Patient Safety in Surgery**. 2017

FILHO, G.R.M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 48, p.554-562, 2013.

GOMES, J.A.P.; et al. Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório – revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**. v.21, p. 01-09, 2016

GILLESPIE, B.M.; et al. Building shared situational awareness in surgery through distributed dialog. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**. v. 6, p. 109-118, 2013.

HAYNES, A.B.; et al, Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The new England journal of medicine**. p.491 – 499, 2009.

HARADA, M.J.C.S., PEDREIRA, M.L.G., Cirurgia segura *In*: GRAZZIANO et al (org.). **Enfermagem perioperatório e cirurgia segura**, 1. Ed – São Paulo. Yendis, 2016, p. 29-50.

KAWAMOTO, A.M.; et al. **Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário** *Revista de pesquisa de cuidado fundamental Online* v.8 p. 4387-4398. 2016

LOPES, R.S.; et al. Enfermeiro mediando conflitos e relações de poder entre a equipe multiprofissional no centro cirúrgico. **Revista Enfermagem UFPEL Online**. v.8, p.8824-30, 2015.

MALHORTA, M.K.; et al. Surgical Safety Checklist Popularity among the surgeons? A survey. **Bangladesh Journal of Medical Science** n.4, v.16, 2017.

MONTEIRO, E.L.; et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC**. n.19, v.2, p.99-109, 2014

NUNES, E.M.G.; GASPAR, M.F.M.; A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 211, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf)> Acesso em: 05 out. 2015.



OLIVEIRA, L.R.F.A.; et al. Safe Surgery Used by Nurses: Homology the World Health Organization. **International Archives of Medicine** v.10, n. 40, 2017.

PANCIERI, A.P.; et al. *Checklist* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha Enfermagem**. n.34, v.1, p.71-78, 2013.

PUGEL, A.B.; et al. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. **Journal of Infection and Public Health**. v.8, p.219 – 225, 2015

PORFIRIO, R.B.M., et al. Gestão de enfermagem em centro cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueri, SP. Manole, 2016, p.70-96.

RIBEIRO, M.B. Educação permanente no treinamento do enfermeiro de centro cirúrgico: revisão integrativa. **Revista SOBECC**. n.22, v.2, p.98-105, 2017.

RICHA, A.C.; GUIMARÃES, S.M.; CARDOSO, T.V. Gestão por Padronização de Processos: A percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Revista SOBECC**. v.19, n.1, 2014.

RUIZ, P.B.; PERROCA, M.G.; JERICO, M.C. Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. n.50, v.1, p.104-111, 2016.

SANTOS, G.A.A.C. **Cancelamento de cirurgia eletiva: dos motivos à compreensão do itinerário agendamento**. 2015. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina da Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, 2015.

SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde** v.15, n 58, 2013.

SANTOS, M.C. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v.10 p.47-57, 2010.

SAMPAIO, C.E.P; GONÇALVEZ, R.A.; JUNIOR, H.C.S.

Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem. **Revista de pesquisa de cuidado fundamental online**. v.8, n.3, 2016.

SILVA, A. C. A; et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, p. 01-09, 2016.

SILVA, T.A.; et al. Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, p.01-08, 2016.

SOUSA, C.S.; et al. Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Revista SOBECC**. v.19 n.1 p.44-50. 2014.

SOUZA, L.P.; et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.19, n.1, p.127-33. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. **Diretrizes práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**– SOBECC. 7° ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

WANGOO, L.; RAY,R. A.; HO, Y. Compliance and Surgical Team Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review **International Surgery**. p.35 - 49, 2016

ZHAO, P. Use of patient safety culture instruments in operating rooms: A systematic literature review. **Journal of Evidence Based Medicine** v.10, p.145–151, 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas na perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico, assim como, identificar as práticas de gestão do cuidado e as dificuldades de enfrentada pelos enfermeiros no centro cirúrgico visando à promoção da segurança do paciente. O estudo apresentou como limitação o fato da coleta de dados ter sido realizada de maneira *online*, pois isto dificulta o controle de amostras e populações, visto que qualquer pessoa pode completar o questionário. A gestão do cuidado no centro cirúrgico é compreendida como a atuação do enfermeiro nas diferentes dimensões: assistencial, gerencial e social. O gestor do cuidado no centro cirúrgico precisa desenvolver competências que permitam que ele tenha o domínio das melhores práticas assistenciais de cuidado, planejamento, previsão de recursos, liderança e influência sobre a equipe cirúrgica (técnicos, instrumentadores, médicos anestesiológica cirurgiões, etc), solução de conflitos e ainda a capacidade de se manter atualizado promovendo inovação e melhoria continua nas práticas de cuidado.

Constatou-se que o *checklist* da cirurgia segura é a prática mais utilizada pelos enfermeiros atuantes em centro cirúrgico, porém, também foi possível identificar que a segurança no procedimento cirúrgico, não deve se resumir a implantação de apenas um protocolo e sim, o conjunto de práticas que juntos corroboram para a segurança do paciente no procedimento cirúrgico.

A baixa cultura de segurança e fragilidades no relacionamento interpessoal entre os membros da equipe são os principais fatores que interferem na segurança do paciente. Problemas.

A comunicação é o fator que mais deve ser considerado quando se fala em segurança do paciente. Além de ser um dos objetivos propostos pela OMS é também uma prática muito utilizada entre os enfermeiros para a promover segurança, porém é, uma das principais dificuldades. Talvez seja importante considerar o desafio que é se comunicar no centro cirúrgico, um local fechado, no qual os profissionais utilizam máscaras na grande maioria do tempo (o que prejudica a comunicação verbal), onde as pessoas trabalham juntas, porém em salas separadas, e que muitas vezes precisam se conectar com o paciente anestesiado e com a família do lado de fora.

A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico ocorre diante da utilização de diferentes estratégias apresentadas no estudo para garantir

que as práticas sejam realizadas pela equipe, assim como, driblar as dificuldades no dia a dia.

A liderança do enfermeiro se mostrou como a estratégia mais utilizada, pois é através da liderança, que o enfermeiro estimula a equipe para comunicar, através da liderança que o enfermeiro engaja e promove treinamento e educação continuada, através da liderança que o enfermeiro supervisiona e monitora a adesão as melhores práticas com base nos objetivos da OMS. É por meio da liderança que o enfermeiro se fortalece como gerente do cuidado no centro cirúrgico.

Estimular a assistência participativa por parte do paciente e família principalmente no momento do pré-operatório apresentou-se como uma estratégia de promoção de cuidado seguro. No período pré-operatório, deve ser incorporado muitas práticas de cuidado que são inclusive propostas pela OMS, que contribuem para garantia da continuidade do cuidado seguro. Receber o paciente na porta do centro cirúrgico preferencialmente pelo enfermeiro se apresentou como a prática de cuidado direto, é na porta do centro cirúrgico que algumas conferências são realizadas com isso se torna a principal barreira que promove segurança do paciente e acolhimento.

Problemas de segurança do paciente no procedimento cirúrgico é descrito e identificando não apenas no Brasil, mas em vários países do mundo, sendo ainda um dos mais importantes desafios da OMS e órgãos nacionais. Operar o paciente certo e o local cirúrgico certo, impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas e manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos, são considerados *never events*. Diante desse conceito ainda será preciso evoluir na adesão de práticas que promovam a segurança e evitem que eventos relacionados a esses objetivos ocorram com tanta frequência nos centros cirúrgicos do Brasil.

O monitoramento e a vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos, se mostrou como o principal desafio das instituições e dos gestores de centro cirúrgico na visão dos enfermeiros. Ainda precisamos criar a cultura de vigilância e monitoramento e, embora tenhamos estruturado um programa nacional de segurança do paciente através da criação dos NSP, ainda é tímida as iniciativas e notificações e isso corrobora para que tenhamos poucas publicações de resultados e práticas de segurança no centro cirúrgico. Fica evidente que somente com a realização de diferentes práticas por todos os membros da equipe cirúrgica, assim como a resolução de dificuldades, é que será possível conseguir aumentar a adesão aos objetivos da OMS e promover a segurança do paciente.

Entende-se que a temática desse estudo é de extrema relevância, pois traz dados e reflexões acerca da importância da segurança do paciente no centro cirúrgico, do mesmo modo, traz para os enfermeiros práticas de gestão do cuidado que podem ser aplicadas no centro cirúrgico pelos enfermeiros. Estudar e divulgar esse tema é necessário, pois ainda temos muitos eventos que ocorrem no Brasil e no mundo por má adesão e falta de práticas seguras.

Logo, este estudo pode contribuir com a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, ao fornecer subsídios para: ampliar o entendimento da equipe cirúrgica sobre a gestão do cuidado no centro cirúrgico realizada pelo enfermeiro; contribuir para a compreensão dos enfermeiros quanto à importância da gestão do cuidado em centro cirúrgico; disponibilizar conhecimento teórico-prático sobre gestão do cuidado de enfermagem; e, propor estratégias/ações de gestão do cuidado que potencializem a segurança cirúrgica, assim como direcionar o olhar do enfermeiro para implementar as medidas propostas nos 10 objetivos da OMS de modo a buscar e garantir que eventos graves não ocorram.

Esse estudo contribui ainda para mostrar a importância da atuação de programas de segurança dos órgãos nacionais e internacionais e seu impacto em transformar a prática. Apesar da SOBECC ser o órgão de maior relevância para práticas de cuidado seguro no centro cirúrgico, menos de 30% dos participantes do estudo são sócios, o que mostra o quanto é preciso explorar a potencialidade dos enfermeiros de centro cirúrgicos se organizarem e o quanto a SOBECC ainda precisa ampliar sua atuação, principalmente para as regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos com esta temática com uma amostra maior, buscando traduzir a realidade da segurança do paciente no centro cirúrgico e propor estratégias que contribuíssem para melhoras as práticas de gestão do cuidado.



## REFERÊNCIAS

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). Perioperative standards and recommended practices. Denver; 2014

AGUERO, S.E; KLIJN, T.P. Enfermeria em rol de gestora de los cuidados. **Ciência y enfermería**, v. 3, p. 33-39, 2010.

ALEXANDRE, et al. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta do item. Minas Gerais. **ENEGEP**, 2003.

AMAYA, M.R., et al. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. n.19, v. 2, p.246-251, 2015.

AUN, M.V; et al.. Anafilaxia perioperatória: A experiência brasileira. **Revista Portuguesa Imunoalergologia**. p.99 -106, 2016.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST TASKFORCE ON THE MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. **Practice guidelines for management of the difficult, airway** – Anesthesiology, p. 1269 -1277, 2013.

BAILEY, J.G., et al. The impact of adverse events on health care costs for older adults undergoing nonelective abdominal surgery. **Canadian Sugery Forum**. Canadá, 2016.

BARBOSA et al. Enfermagem perioperatória e segurança do paciente. In: GRAZZIANO et al (org.). **Enfermagem perioperatório e cirurgia segura**, 1. Ed – São Paulo. Yendis, 2016, p. 1-11.

BIANCHI, E.R.F; TURRINI, R.N.T., JARDIM, D.P. Planejamento físico do centro cirúrgico In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueir, SP. Manole, 2016, p.19-32.

BIANCHI, E.R.F, CAREGNATO, R.C.A.; OLIVIERA, R.C.B. Modelos de assistência de enfermagem perioperatória In: CARVALHO,

R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueri, SP. Manole, 2016. cap. 3, p.33-52.

BELL, J. **Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224p.

BEZERRA, W.R.; et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. **Revista Eletrônica Enfermagem** 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>>.

BOHOMOL, E., MELO, E.F. de. Segurança em cirurgia e gestão de recursos físicos e humanos. In: GRAZZIANO et al (org.). **Enfermagem perioperatório e cirurgia segura**, 1. Ed – São Paulo. Yendis, 2016. Cap.2 13-28.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, p. 376-81, 2013.

BOHOMOL, E.; TARTALI, J.A. Utilização de cenários para educação sobre segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**. São Paulo. p. 138-144, 2017.

BOTELHO, J.; VELOSO, G.B.L.; FAVERO, L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enfermagem Foco**. p.198-201, 2013.

BUENO, B.R.M.; et al. Caracterização da passagem de plantão ente o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**. p.512-518, 2015

BRAGA, D.D; et al. Exercício da liderança do enfermeiro no bloco cirúrgico. **Journal Of Nursing and Health**. Pelotas, RS. p.267-78, 2016.

BRASIL, COSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1.802, de 01 de novembro de 2006**. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1802_2006.htm)> Acesso: 06/11/2017



BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil).

**Resolução nº 358, de 23 de outubro de 2009.** Brasília, 2009.

Disponível

em: <[http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao\\_read.asp?id=337](http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=337)>. Acesso em: 05 out. 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil.** 2007. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>

Acesso em: 27 maio de 2016.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**Resolução – RDC n.º 15, de 15 de março de 2012** – Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-15-de-15-de-marco-de-2012>> Acesso em: 15 nov. 2017

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**Resolução – RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013** – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 10 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 529, de 01 de abril de**

**2013** – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 02 nov. 2017

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n o 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília, 2016. Disponível

em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de**

**Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível

em: <<http://portal.anvisa.gov.br/servicos/publicacoes>> Acesso em 06 nov. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatórios reúnem os dados, por Estado, de Eventos adversos notificados à Anvisa no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017**. 2017b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>> Acesso em: 06 nov. 2017.

CALLEGARO, G.D.; et al. Cuidado perioperatório sob olhar do cliente cirúrgico. **Revista. Rene. Fortaleza**, v.11, n.3, p.132-142, 2010.

CARVALHO, P.A.; et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. p.1041-8, 2015.

CARVALHO, R.; MORAES, M.W. Inserção do Centro Cirúrgico no contexto hospitalar. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2. ed – Barueir, SP. Manole, 2016, p.1-18.

CARVALHO, R., COUTINHO, R.M.C.; COSTA, A.L.S. Recursos humanos em centro cirúrgico In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueir, SP. Manole, 2016, p.53-70.

CARVALHO, R.E.F.L.; et al. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2017.

CASTELLANOS, B.E.P; JOUCLAS, U.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.24, n.3, p. 359-79, 1990.

CAUDURO, F.L.F.; et al. Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**. p. 129 – 138, 2015.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Comunicação Saúde e Educação**. São Paulo, v.15, n.37, p.589-99, 2011.

CHAVES, L.D; SOLAI, C.A. **Sistematização da assistência de enfermagem**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2°ed. São Paulo, 2013.

CHEVALKING, A.J.H.; et al. The impacto of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 “near-misses” and adverse events. **Patient Safety in Surgery**. 2014.

COOK, T.M.; WOODALL, N.; FREK, C. 4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists and The Difficult Airway Society. Major complications of airway management in the United Kingdom, Report and Findings. Royal College of Anaesthetists. **British Journal of Anaesthesia**. 2011

CRUZ, E. A.; VARELA, Z. M. V. Admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem** v. 4, n. 1, p. 51 – 58, 2002.

CHRISTOVAM, B.C.; PORTO, I.S; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v.46, n.3, p.734-41, 2012.

DAMIEN, J.L.; et al. Blood product conservation is associated with improved outcomes and reduced costs after cardiac surgery. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**. v.145, n.3, p.797-804, 2013.

DHARAMPAL, N.; et al. Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: just another tick box? **Canadian Journal of Surgery**. v. 59, 2016.

DHAWAN, I.; et al. Erros de medicação em anestesia: inaceitável ou inevitável? **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v.67, n.2, p.184-192.,2017

DORIGAN, G.H.; et al. Ambiente da prática, Satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. p. 129-35, 2017

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA** 1988; 260:1743-1748.

ERDMANN, T.R.; et al. Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anesthesiologistas catarinenses. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. p.105-110, 2016.

ERESTAM, S.; et al.. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. **Patient Safety in Surgery**. 2017

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.; KURCGANT, P.; CIAMPONE; M. H. T. Trabalho gerencial dos enfermeiros. **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) – Gestão**, Porto Alegre, v. 1, n.1, p. 11-39, 2011.

FILHO, G.R.M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 48, 554-562, 2013.

FLICK, U. Introdução é metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: **Penso**, 2013. 256p.

FONSECA, R.M.P., PENICHE, A.C.G., Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.4, p.428-33, 2009.

FRANÇOLIN, L. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola da Enfermagem**. v.49, n.2, p.277-283, 2015.

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da segurança do paciente nos serviços e enfermagem hospitalar**. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FREITAS, H. et al. Pesquisa via internet: características, processo e interface. **Revista eGIANTI**. 2004. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004\\_140\\_rev\\_eGIANTI.pdf](http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004_140_rev_eGIANTI.pdf)> Acesso em 26 nov. 2017.

FREITAS, P.S.; MENDES, K.D.; GALVÃO, C.M.; Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.37, n.4, 2016.

GOMES, J.A.P.; et al. Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório – revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**. v.21, p. 01-09, 2016.

GILLESPIE, B.M.; et al. Building shared situational awareness in surgery through distributed dialog. **Journal of Multidisciplinary Healthcare** v. 6, p. 109-118, 2013.

GRIGOLETO, A.R.L.; GIMENES, F.R.E.; AVELAR, M.C.Q.; Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.13, n.2, p.357-54, 2011.

GRITTEM, L.; MEIER, M.J.; PERES, A.M., Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: uma pesquisa qualitativa. **Brazilian Journal of Nursing**. v. 8, n.3, 2009.

HARADA, M.J.C.S., PEDREIRA, M.L.G., Cirurgia segura. *In*: GRAZZIANO et al (org.). **Enfermagem perioperatório e cirurgia segura**, 1. Ed – São Paulo. Yendis, 2016. Cap. 3 29-50.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-65, 2009.

HAYNES, A.B.; et al, Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The new England journal of medicine**. p.491 – 499, 2009

INNOCENZO, MD. Et al. **Indicadores, Auditorias, Certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**, São Paulo, Martinari, p. 39 -56, 2006.

JACQUES, B.J.P.; et al. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico.. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.36, n.1, p.25-32, 2015.

KWAAN, M.R., et al. Incidence, Patterns, and Prevetion of Wrong-Site Surgery. **Arch Surg.** v. 141, n. 4, p, 353-358, 2006.

KAWAMOTO, A.M.; et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de pesquisa de cuidado fundamental Online** v.8 p. 4387-4398. 2016.

LANDERS, R. Reducing surgical erros: Implementing a three-hinge approach to sucess. **AORN Journal.** Pennsylvania, v.1, n.6, p.657-665, 2015.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2. ED – Florianópolis: Editora da UFSC, 2002.

LEMOS, C.S.; PENICHE, A.C.G.; Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 154-162, 2016.

LOPES, R.S.; et al. Enfermeiro mediando conflitos e relações de poder entre a equipe multiprofissional no centro cirúrgico. **Revista Enfermagem UFPEL Online.** v.8 p.8824-30, 2015.

LOURENÇÃO, D.C.A; TRONCHIN, D.M.R. Segurança do Paciente no Ambiente Cirúrgico Tradução e Adaptação de instrumento validado. **Acta Paulista de Enfermagem.** v 29, n.1, p. 1-8, 2016.

MACHADO, M.H.; et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco.** v.6 pg.11-17, 2015.

MANRIQUE, T.B.; et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e hospitalização. **Acta paulista enfermagem.** São Paulo, v.28, n.4, p. 355-360, 2015.

MALHORTA, M.K.; et al. Surgical Safety Checklist Popularity among the surgeons? A survey. **Bangladesh Journal of Medical Science.** n.4, v.16, 2017.

MAYA, A.M.S. Cirurgia – um contexto diferente de cuidado. **Avances en Enfermeria.** v. 29, n. 1, 2011.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. Gestão participativa em saúde e enfermagem: foco no processo de trabalho. **Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF) – Gestão**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 65-88, 2012.

MENDES, C.M. A pesquisa online: potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual. **Hipertextus Revista Digital**. n.2, 2009.

MEIER, A.C.; et al. Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.38, n.2, 2017

MONTEIRO, E.L.; et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC**, n.19, v.2, p.99-109, 2014

NAEEN, M.; et al. GOSSYPBOMA: A medical negligence. **Pakistan Journal Surgeon** v.33, n.1, p.83-86, 2017

NING, H.C.; et al. Reduction in Hospital-Wide Clinical Laboratory Specimen Identification Errors following Process Interventions: A 10-Year Retrospective Observational Study. **Journal PONE**. 2016

NETO, F.L.D.; et al. Emprego de guia introdutor (bougie) artesanal para intubação em situação de emergência em pacientes que se apresentam com via aérea de difícil intubação: série de casos. **Revista Brasileira Anestesiologia**. v.66, n.2, p.204-207, 2016

NUNES, E.M.G.; GASPAR, M.F.M.; A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. **Revista Gaúcha Enfermagem**. 2016

NUNES, F.C.; MATOS, S.S.; MATTIAS, A.L. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. **Revista SOBECC**. v.19, n.3, p.129-135, 2014

NOGUEIRA, R, **Elaboração e análise de questionário**: Uma revisão da literatura básica e aplicação dos conceitos a um caso real. Universidade Federal do Rio de Janeiro/ COPPEAD, Rio de Janeiro, p. 26, 2002.

OBI, A.T.; et al. The association of perioperative transfusion with 30-day morbidity and mortality in patients undergoing major vascular surgery. **Journal of Vascular Surgery**. v.61, n.4, 2014.

OLIVEIRA, M.A.N.; Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de feiras de Santana – BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.57, n.3, p. 292-297, 2004.

OLIVEIRA, M.R.; et al. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.1, 2014.

OLIVEIRA, L.R.F.A.; et al. Safe Surgery Used by Nurses: Homology the World Health Organization. **International Archives of Medicine** v.10, n. 40, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 211, 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: 05 out. 2015.

ORSER, A.B.; et al.. Review article: Improving drug safety for patients undergoing anesthesia and surgery. **Canadian Journal Anesth** v.60, p.127–135, 2013

PANCIERI, A.P., et al. *Check list* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 1 p. 71-78, 2013.

PUGEL, A.B.; et al. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. **Journal of Infection and Public Health**. v.8, p.219 – 225, 2015

POSSARI, J.F. **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. 4° ed. São Paulo: Iátria, 2009.



PORFIRIO, R.B.M., et al. Gestão de enfermagem em centro cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. (org.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**, 2.ed – Barueri, SP. Manole, 2016. cap. 5, p.70-96.

RANJAN, R; Transvisceral migration of gossypiboma presenting as gastric outlet obstruction managed endoscopically. **International Surgery Journal**. v.3, n.3, p.1663-1665, 2016

REITER, K. A look at best practices for patient education in outpatient spine surgery; **AORN Journal**. Pennsylvania, v.99, n.3, p.376-384, 2014

REGMI, P.R.; et al. Guide to the design and application of online questionnaire surveys; **Nepal Journal of Epidemiology**. v.6 n.4, p.640-644. 2016

RIBEIRO, M.B. Educação permanente no treinamento do enfermeiro de centro cirúrgico: revisão integrativa. **Revista SOBECC**. n.22, v.2, p.98-105, 2017

RICHA, A.C.; GUIMARÃES, S.M.; CARDOSO, T.V. Gestão por Padronização de Processos: A percepção dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Revista SOBECC**. v.19, n.1, 2014

RUIZ, P.B.; PERROCA, M.G.; JERICO, M.C. Custo da rotatividade da equipe de enfermagem em hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. n.50, v.1, p.104-111, 2016

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologias leves no processo de cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 82, n.3, p. 305-310,. 2005a.

ROSSI, F.R.; SILVA, M.A.D. Fundamentos dos processos gerenciais da prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem**. v. 39, n.4, p. 460-468, 2005b.

RYDENFÄLT, C.; et al. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. **International Journal for Quality in Health Care**. v.25, n.25, p.182–187, 2013

SALBEGO, C.; et al. Significado do cuidado para a enfermagem de centro cirúrgico. **Revista Rene**. v.6, n.1, p.46-53, 2015.

SANTOS, G.A.A.C. **Cancelamento de cirurgia eletiva: dos motivos à compreensão do itinerário agendamento**.2015. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina da Universidade Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, 2015.

SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**. v.15, n. 58, 2013

SANTOS, M.C. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v.10 p.47-57, 2010

SANTOS, J. L. G.; et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013.

SANTOS, J.L.G et al. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 58-64, 2014.

SANTOS, F.K.; SILVA, M.V.G.; GOMES, A.M.T. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico - uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 696-703, 2014.

SAMPAIO, C.E.P; GONÇALVEZ, R.A.; JUNIOR, H.C.S. Determinação dos fatores da suspensão de cirurgia e suas contribuições para assistência de enfermagem **Revista de pesquisa de cuidado fundamental Online**. v.8, n.3, 2016

SENA, A.C.; NASCIMENTO, E.R.P; MAYA, A.R.C.R. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré operatório imediato de cirurgia eletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.34, n.4, p.132-137. 2013.

SILVA, C.D.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de

enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n.3, p.427-34. 2010.

SILVA, S.M.; SOUSA, J.B. Gossipiboma após operação abdominal é situação clínica desafiadora e sério problema médico legal. **ABCD Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**. n.2, p.40-143, 2013.

SILVA, A. C. A; et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, p. 01-09, 2016.

SILVA, T.A.; et al. Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. v. 21, p.01-08, 2016.

SILVA, E.F.M.; et al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre *checklist* de cirurgia segura. **Arquivo Ciência em Saúde**. v.24 n.3 p.71-78, 2017

SENDLHOFER, G.; et al. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Interventions to Optimize the Process and Hints to Increase Compliance. **Journal PONE**. 2015

SOARES, J.M.; et al. Conhecimento dos anesthesiologistas sobre transfusão de concentrado de hemácias em pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira Anestesiologia**. v.67, n.6, p.584-591, 2017

SOUSA, C.S.; et al. Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Revista SOBECC**. v.19, n.1, p.44-50, 2014

SOUZA, L.P.; et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.19, n.1, p.127-33. 2011.

SOUZA, W.F; ATHAYDE, M. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 135-157, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE

MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. **Práticas recomendadas** – SOBECC. 6° ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRURGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – SOBECC. **Diretrizes práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**– SOBECC. 7° ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

SPAHN, D.R.; GOODNOUGH, L.T. **Alternatives to blood transfusion**. v.381, 2013. Disponível em <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em 06 nov. 2017

THURNHERR, J.S.; et al.. Should nurses be allowed to perform the pre-operative surgical site marking instead of surgeons? A prospective feasibility study at a Swiss primary care teaching hospital. **Patient Safety in Surgery**. 2017.

TOZBIKIAN, G.; GEMIGNANI, M.L.; BROGI, E. Specimen Identification Errors in Breast Biopsies: Age Matters. Report of Two Near-Miss Events and Review of the Literature. **The Breast Journal**. v.23, n.5, p.583–588, 2017

WALDOW, V.R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Colombia. v.8, n.1, p. 85-96, 2008.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução: Laura Souza Berquó. 2°ed. Porta Alegre: Artmed, 2013. 320p.

WANGOO,L.; RAY,R.A.; HO, Y. Compliance and Surgical Team Perceptions of WHO Surgical Safety Checklist; Systematic Review **International Surgery**. p.35-49, 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global guidelines for the prevention of surgical site infection**. Geneva (SZ): World Health Organization; 2016

WRIGHT, K.B. Researching Internet-Based Populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire

authoring software packages, and web survey services. **Onlinelibrary**, 2005

ZHAO, P. Use of patient safety culture instruments in operating rooms: A systematic literature review. **Journal of Evidence Based Medicine** v.10 p.145–151, 2017

ZHANG, Y.; et al. The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia in a Chinese hospital. **Acta Anaesthesiol Scand.** p.158-164, 2013



## APÊNDICE A – Questionário na plataforma *Google forms*®

### Dados de Caracterização

3. Idade em anos \*

---

4. Sexo \*

Marcar apenas uma oval.

- Masculino  
 Feminino

5. Formação \*

Marque todas que se aplicam.

- Graduação  
 Especialização (CME, CENTRO CIRÚRGICO, SCIH)  
 Especialização (em outra área que não Bloco Cirúrgico)  
 Mestrado  
 Doutorado

6. Quanto tempo de experiência como enfermeiro de centro cirúrgico? (em anos) \*

---

7. Quanto tempo trabalha neste hospital? (em anos) \*

---

8. Você é sócio da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

9. Qual região do Brasil onde atua \*

Marcar apenas uma oval.

- Norte (Amapá, Acre, Roraima, Amazonas, Pará, Rondônia, Tocantins)  
 Nordeste (Bahia, Sergipe, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão, Piauí)  
 Centro-Oeste e Distrito Federal (Mato Grosso, Mato Grosso Sul, Goiás)  
 Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais)  
 Sul (Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul)





**10. Qual estabelecimento de saúde que atua \***

Marcar apenas uma oval.

- Privado
- Filantrópico
- Público
- Público-Privada

**11. Local de Atuação \***

Marcar apenas uma oval.

- Centro Cirúrgico (Somente Sala Cirúrgica)
- Centro Cirúrgico (Somente Recuperação Pós Anestésica)
- Centro Cirúrgico (Sala Cirúrgica e Recuperação Pós Anestésica)
- Centro Cirúrgico (Sala Cirúrgica e Recuperação Pós Anestésica) e Central de Material Esterilizado
- Centro Cirúrgico e Outra Unidade

**12. Turno de Trabalho \***

Marcar apenas uma oval.

- Integral
- Manhã
- Tarde
- Noite
- Outro: \_\_\_\_\_

**13. Tipo de atuação profissional \***

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro assistencial (Junior, Pleno, Senior)
- Enfermeiro gestor (Chefe de unidade, Supervisor, Coordenador, Gerente)

**14. Carga horária semanal (em horas) \***

\_\_\_\_\_

**15. Renda mensal (Salário mínimo vigente em 2017 no Brasil = R\$837,00) \***

Marcar apenas uma oval.

- Até 2 salários
- 2 a 4 salários
- 4 a 10 salários
- 10 a 20 salários
- Acima de 20 salários

**16. Qual é o número de salas cirúrgicas sob a sua responsabilidade? \***

\_\_\_\_\_

17. Qual é o número de leitos de RPA sob a sua responsabilidade? \*

---

18. Quantos técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros têm na sua equipe? \*

---

19. Qual é o volume médio de cirurgia por mês? \*

---

## Práticas de Segurança no Centro Cirúrgico

Abaixo estão listados os 10 objetivos do Guideline de Cirurgia Segura da OMS/ANVISA (2009). Para responder, indique para cada item até que ponto você concorda que ele está presente em seu trabalho atual: (A) DISCORDO TOTALMENTE, (B) DISCORDO PARCIALMENTE, (C) NEUTRO, (D) CONCORDO PARCIALMENTE e (E) CONCORDO TOTALMENTE.

### 22. Na prática diária, a equipe segue as recomendações de segurança propostas no Guideline da OMS (2009) para: \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Operar o paciente certo e o local cirúrgico certo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhecer e estar efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se comunicar efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Gestão da Segurança pelo Enfermeiro do Centro Cirúrgico

### 23. Como você procura gerenciar o cuidado visando à segurança do paciente no centro cirúrgico? \*

---



---



---



---



---

24. Quais aspectos dificultam ou comprometem a sua atuação como enfermeiro na gestão do cuidado para a segurança do paciente no ambiente cirúrgico? \*

---

---

---

---

---

25. Quais são suas recomendações para aprimorar a gestão do cuidado com foco na segurança do paciente no Centro Cirúrgico? \*

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B – Convite por e-mail para pré-teste por especialistas

Prezadas Enfermeiros,

Venho por meio deste fazer o convite para que participem como avaliadores especialistas da minha pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: **Práticas de Gestão do Cuidado Realizadas por Enfermeiros Visando à Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico.**

A avaliação compreende em duas etapas:

*Etapa 1 - Preenchimento do Instrumento de pesquisa (link abaixo)*

Nesse item deverá ser avaliado de maneira criteriosa e avaliando a qualidade das perguntas, redação e conteúdo.

*Etapa 2 - Preenchimento da Pré teste de avaliação do Instrumento de pesquisa (link abaixo)*

Nesse instrumento deverá ser escrito suas considerações da pesquisa e melhoras do formulário.

Destaco ainda que envio em PDF os dois instrumentos caso queiram consultar e fazer algum compartilhamento.

### ETAPA 1 - INSTRUMENTO DE COLETA

[https://docs.google.com/forms/d/17wFJRbyizWMNT4NhU3FIEF4f7zd\\_vVUp1EOrl9xNzA/edit](https://docs.google.com/forms/d/17wFJRbyizWMNT4NhU3FIEF4f7zd_vVUp1EOrl9xNzA/edit)



PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

[docs.google.com](https://docs.google.com)

### ETAPA 2 - PRÉ TESTE INSTRUMENTO DE COLETA

<https://docs.google.com/forms/d/1QbkV5pSBE4hDt1EEpoJi41dNeeOTX8rKB39ISmKavIE/edit>



PRÉ-TESTE INSTRUMENTO DE COLETA DA PESQUISA: "Práticas de gestão do cuidado realizadas por enfermeiros visando à segurança do paciente no centro cirúrgico"

[docs.google.com](https://docs.google.com)

Aproveito para agradecer imensamente a disponibilidade e conto com o apoio de vocês para me **enviarem o retorno no máximo até segunda dia 29/05/2017** para que possamos dar andamento na pesquisa.

Destaco que ao final do projeto ficarei muito feliz em compartilhar com vocês meus resultados.

Fico à inteira disposição de todos e caso tenham alguma dificuldade fiquem à vontade para contatar por e-mail ou telefone.

Forte Abraço.

Larissa Gutierrez

Mestranda GEPADES/UFSC

(48) 99136-1333

## APÊNDICE C – Envio do link do questionário por aplicativo de mensagem Whatsapp®

Queridos Colegas Enfermeiros.

Estou na fase de coleta de dados para a minha dissertação do mestrado e gostaria muito de *contar com a ajuda de vocês* para preencherem e especialmente **compartilharem** como nossos colegas enfermeiros o meu instrumento de pesquisa abaixo.

A pesquisa tem como objetivo identificar: **Práticas de Gestão do Cuidado Realizadas por Enfermeiros Visando à Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico**  
O público alvo são **Enfermeiros que atuam ou atuaram em Bloco Cirúrgico (CC, CME, RPA)**

A pesquisa tem *abrangência nacional*, portanto quanto maior for a adesão melhor serão os resultados e espero que com isso possamos através da evidência científica apresentar um **Panorama Atual da Segurança dos Centros Cirúrgicos do Brasil**

Conto com vocês nessa jornada. Aqueles que não atuam e puderem compartilhar com os grupos e os colegas da área afim, assim como também pedir que eles compartilhem será muito importante para pesquisa.

**Agradeço imensamente a atenção e colaboração de todos**

*Seguimos juntos rumo a segurança do paciente.*

Larissa Gutierrez

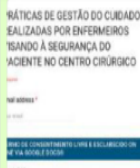
Mestranda pela UFSC.

11:42 ✓

PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE...  
docs.google.com

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSebzrnSSegyn2\\_fhV0u-VEwqqjoRSp5mmJTc1Q-4rTohUS/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSebzrnSSegyn2_fhV0u-VEwqqjoRSp5mmJTc1Q-4rTohUS/viewform?c=0&w=1)

11:42 ✓



Larissa Gutierrez de Mendonça

Estou buscando...

[www.facebook.com](http://www.facebook.com)

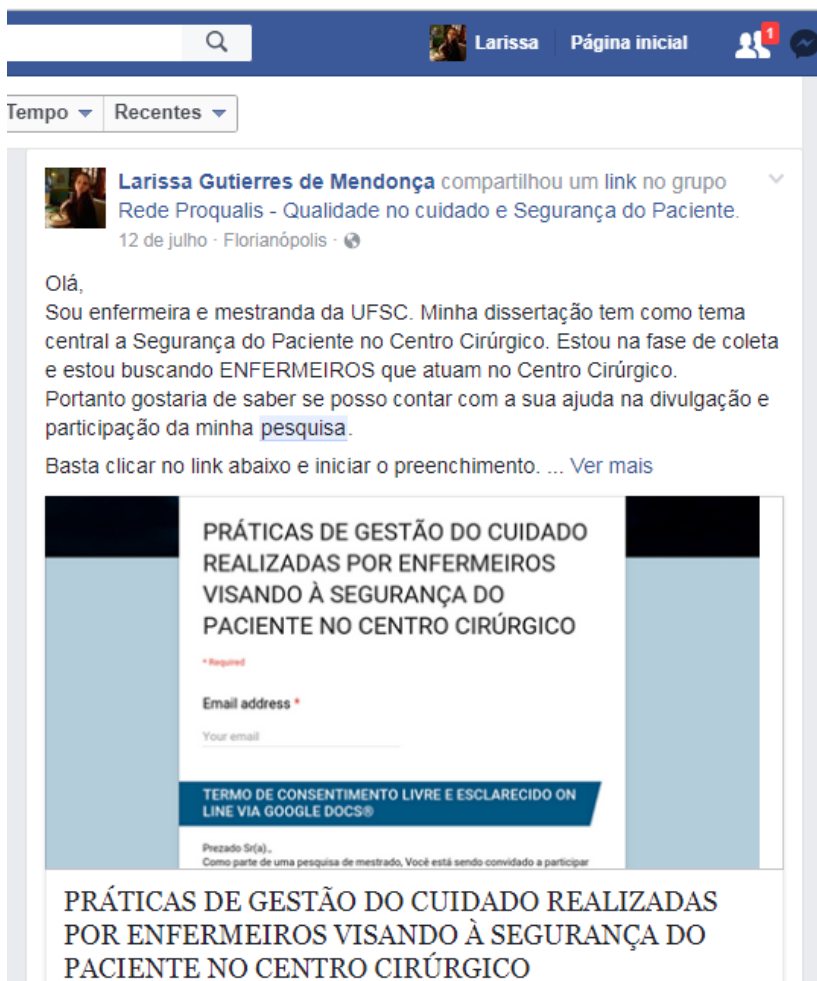
Olá,  
Como sabem estou buscando Enfermeiros de Centro Cirúrgico como participantes da minha pesquisa de mestrado. Publiquei agora no meu facebook e se puderem compartilhar na suas timeline e marcar seus colegas irão me ajudar muito.

Agradeço imensamente a contribuição de todos.  
*Forte Abraço e seguimos juntos rumo a segurança do paciente*

Segue o link abaixo.

[https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid=10211582275250405&id=](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=10211582275250405&id=)

## APÊNDICE D – Publicação do link do questionário na timeline do Facebook®



The image shows a Facebook post from Larissa Gutierrez de Mendonça. The post is in a group called 'Rede Proqualis - Qualidade no cuidado e Segurança do Paciente'. The post text is as follows:

Olá,  
 Sou enfermeira e mestranda da UFSC. Minha dissertação tem como tema central a Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico. Estou na fase de coleta e estou buscando ENFERMEIROS que atuam no Centro Cirúrgico. Portanto gostaria de saber se posso contar com a sua ajuda na divulgação e participação da minha [pesquisa](#).

Basta clicar no link abaixo e iniciar o preenchimento. ... Ver mais

The link points to a Google Docs form titled 'PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO'. The form includes a required field for 'Email address' and a consent statement: 'TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ON LINE VIA GOOGLE DOCS®'. Below the form, there is a pre-addressed note: 'Prezado Sr(a). Como parte de uma pesquisa de mestrado, Você está sendo convidado a participar'.

**PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO**

## APÊNDICE E – *Fanpage* “Prática de cuidado e segurança do paciente no CC” para divulgação da pesquisa

https://www.facebook.com/praticascuidadosegurancc/ 90% Pesquisar

Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC

Larissa Página inicial

Página Caixa de entrada Notificações Informações Ferramentas de publicação Configurações Ajuda

**Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC**  
@praticascuidadosegurancc

**PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS NO CENTRO CIRÚRGICO VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE**

Curir Seguir Compartilhar Salvo mais

Escreva algo...

**Comunidade**

**Dicas da Página** Ver tudo

Conheça amigos que talvez curiam a sua "Página". Convide amigos para curtir a Página "Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC" e ajudar você a se conectar com mais pessoas.

Aprenda com outras empresas como a sua. Inscreva-se para ver mais detalhes

Página Caixa de entrada Notificações Informações **Ferramentas de publicação** Ajuda

**Publicações**

Publicações enviadas

Publicações programadas

Rascunhos

Publicações com validade

**Vídeos**

Biblioteca de vídeos

Vídeos para publicação cruzada

**Formulários de anúncios de cadastro**

Biblioteca de formulários

Biblioteca de formulários de rascunho

**Canvas**

Pesquisar: Ações

Publicações	Alcance	Clique/sições	Publicado
Apoio de peso na minha pesquisa.	1.4K	52	25 de agosto de 2017 às 22:19
ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO. CLIQUE NO LINK E PARTICIPE	34.5K	588	21 de agosto de 2017 às 15:38
https://www.segurancaopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/diretrizes-globais-	2.8K	149	12 de agosto de 2017 às 19:24
Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC atualizou a foto da capa	155	11	8 de agosto de 2017 às 18:24
Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC atualizou a foto do perfil.	3	4	8 de agosto de 2017 às 18:14
Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC atualizou a foto do perfil.	0	0	8 de agosto de 2017 às 18:13
ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO. BASTA CLICAR NO LINK E PARTICIPAR	32.7K	1.8K	29 de julho de 2017 às 14:06
Prezados Colegas. Sou enfermeira e meandrade da UFSO. Minha dissertação	10.7K	377	16 de julho de 2017 às 14:37
Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC atualizou a foto da capa	0	2	16 de julho de 2017 às 14:36
Práticas de Cuidado e Segurança do Paciente no CC atualizou a foto do perfil.	0	2	16 de julho de 2017 às 14:35

Gabriel Menini Mincenzi curtiu uma publicação de Nadia Florio

Luciana Ponsa curtiu o link de Mínia Vida.

Maria Rosa M. Carneiro curtiu uma publicação de Marina Machado.

Anna Lucia começou uma amizade com Sérgio Nóbrega.

Anderson Teruel começou uma amizade com Sérgio Piza.

Michelle Franklin curtiu a foto de Vanda Bazzetti.

**SUAS PÁGINAS**

Práticas de Cuidado e Se...

NOVO 30 Foranepd...

**CONTATOS**

Gracia Maria Sotero N...

Goete Silva

Criste Duarte Costa

Ana Paula Camargo

**Pesquisar**

Gabriel Menini Mincenzi curtiu uma publicação de Nadia Florio.

Luciana Ponsa curtiu o link de Mínia Vida.

Maria Rosa M. Carneiro curtiu uma publicação de Marina Machado.

Anna Lucia começou uma amizade com Sérgio Nóbrega.

Anderson Teruel começou uma amizade com Sérgio Piza.

Michelle Franklin curtiu a foto de Vanda Bazzetti.

**SUAS PÁGINAS**

Práticas de Cuidado e Se...

NOVO 30 Foranepd...

**CONTATOS**

Gracia Maria Sotero N...

Criste Duarte Costa

Ana Paula Camargo

Rafael Araujo



## APÊNDICE F – Publicação do questionário na *timelime* do LinkedIn®

Seguro | <https://www.linkedin.com/in/larissa-gutierrez-61267a6b/detail/recent-activity/shares/>

**Larissa Gutierrez**  
Gestão Hospitalar/ Gestão de Processos Assistenciais/ Especialista em Gestão da Área Cirúrgica  
305 seguidores

ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO.  
BASTA CLICAR NO LINK E PARTICIPAR DA PESQUISA  
<https://lnkd.in/g9hwkx0>

PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS NO CENTRO CIRÚRGICO VISANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

PARTICIPA DA PESQUISA NO LINK ABAIXO OU MARQUE UM ENFERMEIRO QUE PRÁTICA SEGURANÇA DO PACIENTE.

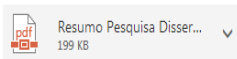
4 gostaram

**Johnson & Johnson**  
1.577.868 seguidores

**BBC News**  
2.633.413 seguidores

**Stryker**  
356.515 seguidores

## APÊNDICE G – Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (COREN)



Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Prezado Presidente e membros da diretoria do COREN.

Venho por meio deste e-mail, solicitar o apoio dos conselhos nacionais para a divulgação do instrumento de pesquisa da minha dissertação do mestrado intitulada: PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Segue abaixo o link para a divulgação do instrumento de pesquisa, envio em anexo um resumo da pesquisa para que tenham conhecimento dos objetivos e temática proposta. Destaco que o projeto já está aprovado, pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

A população são enfermeiros atuantes em Centro Cirúrgico e temos como meta a abrangência de 1000 enfermeiros em todo o território nacional. Acredito que com o auxílio dos conselhos será possível ampliar a abrangência.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScojOq3Nag5se2NULQ5BJa\\_XdlF8QK9rvys2T8UH8Uw10ukKA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScojOq3Nag5se2NULQ5BJa_XdlF8QK9rvys2T8UH8Uw10ukKA/viewform)

Desde já agradeço a atenção e fico no aguardo do retorno.

Larissa Gutierrez  
Enfermeira Mestranda GEPADES/ UFSC

## APÊNDICE H - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (REBRAENSP NACIONAL)

De: Rebraensp Nacional <rebraenspnacional@gmail.com>

Enviado: quarta-feira, 26 de julho de 2017 20:56

Para: Larissa Siqueira Gutierrez

Assunto: Re: Solicitação de Apoio e Divulgação de Instrumento de Pesquisa de Mestrado com Enfermeiros

Larissa,

Hoje enviamos o link para os Polos e Núcleos da REBRAENSP, e solicitamos aos coordenadores que incentivem os membros a responderem. Também colocamos no facebook. Por favor, confira esta publicação. Não temos muita habilidade no face.

Esperamos que você consiga atingir o número de participantes!

Att.,

Luiza e Antônio

Atenciosamente,

Antônio José de Lima Junior

Luiza Maria Gerhardt

Coordenadores da REBRAENSP Nacional

Gestão 2016-2018

Siga-nos no Facebook: <https://www.facebook.com/Rebraenspnacional>

## APÊNDICE I - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (União Nacional das Equipes de Centro Cirúrgico)

Re: Contato UNAEEC



ATENDIMENTO | UNAEEC <unaecc@unaecc.com.br>

dom 06/08, 21:21

Você



Responder

O remetente da mensagem solicitou uma confirmação de leitura. Para enviar uma confirmação, [clique aqui](#).

Olá boa tarde a nossa página é referente a eventos que realizamos.

Para divulgar sua pesquisa você pode se inscrever em nosso congresso que estamos realizando em Florianópolis de 17 a 19 de agosto.

INSCRIÇÕES: <http://www.unaecc.com.br/inscricao.php>

SIMPÓSIO <http://www.unaecc.com.br/simposios.php>

ENVIO TRABALHOS CIENTÍFICOS: <http://www.unaecc.com.br/trabalhos.php>

--

--

No aguardo de retorno

Atenciosamente,

Márcia Rosa | Coordenação|Autora - UNAEEC

55 62 9 9963 7236

SITE: [www.unaecc.com.br](http://www.unaecc.com.br)

CURTA A NOSSA PÁGINA OFICIAL: FACEBOOK

<https://www.facebook.com/unaecc.com.br>

Em Dom, Agosto 6, 2017 18:08, unaecc@unaecc.com.br escreveu:

## APÊNDICE J - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (ABEN)

Solicitação de Apoio e Divulgação de Instrumento de Pesquisa de Mestrado com Enfermeiros



Larissa Siqueira Gutierrez

seg 21/08/2017 17:37

Para: abenpa@ig.com.br; abenmt@abenmt.org.br; aben-es@abennacional.org.br; aben-sc@aben-sc.org.br; contato@abenpa.org.br; abenbahia@abenbahia.org.br; aben-mg@abennacional.org.br; abenrio@abenrio.com.br; aben-rs@abennacional.org.br; abentamozonas@yahoo.com.br; secretaria@abenpa.com.br; abenccara@gmail.com; abendf@aben-df.com.br

Cco: José UFSC (josefermagem@gmail.com); José Luís Guedes dos Santos (naoresponda@moodle.ufsc.br)

Responder | v

Você encaminhou esta mensagem em 21/08/2017 18:10



Resumo Pesquisa Disse...  
199 KB

Baixar Salvar no OneDrive - Pessoal

Prezada Presidente da ABEN Regional

Venho por meio deste e-mail, solicitar o apoio para a divulgação do instrumento de pesquisa da minha dissertação do mestrado intitulada: PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CIDADÃO DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Segue abaixo o link para a divulgação do instrumento de pesquisa, envio em anexo um resumo da pesquisa para que tenham conhecimento dos objetivos e temática proposta. Destaco que o projeto já está aprovado, pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

A população são enfermeiros atuantes em Centro Cirúrgico e temos como meta a abrangência de mais de 300 enfermeiros em todo o território nacional.

Acredito que com o auxílio de vocês será possível ampliar a abrangência.

Desde já agradeço a atenção e fico no aguardo do retorno.

Larissa Gutierrez

Enfermeira Mestranda GEPADES/ UFSC

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5XPalh\\_kz\\_e4Uxix5O5ief3ceM24eD\\_P4wTRZENHphUsWQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5XPalh_kz_e4Uxix5O5ief3ceM24eD_P4wTRZENHphUsWQ/viewform)

## APÊNDICE K - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (ANVISA como gestores de risco)

sgoes@hucff.ufjf.br; risco@hucff.ufjf.br; lsantini@inca.gov.br; labbacteriologia.hcl@inca.gov.br; grisco.hcl@inca.gov.br; lucianazamalloa@bol.com.br; cchhnmd@hotmail.com; ccalleg@ig.com.br; veravalpassos@hotmail.com; celloale@uol.com; Lia\_galvao@uol.com.br; direcao@hse.saude.rj.gov.br; amssouza@hse.rj.saude.gov.br; gmagal@hse.rj.saude.gov.br; soninha.rio@gmail.com; mariadonizete@univas.edu.br; lac.hcsi@inivas.edu.br; marildavanilda@yahoo.com.br; ccih@univasedu.br; grh@univas.edu.br; hps.diretoria@fheming.mg.gov.br; ligiabedeschi@yahoo.com.br; alicemps@uai.com.br; hps.redesentinelafheming.mg.gov.br; direcao@huffj.ufjf.br; murologo@hotmail.com; murologo@hotmail.com; hospspent@huffj.ufjf.br; rosangelaocosme@ig.com; dirgeral@hc.ufmg.br; anaclararesende@yahoo.com.br; guiaa@bol.com.br; scihc@hc.ufmg.br; hospitalsentinelahc.ufmg.br; mclara@hc.ufmg.br; sg@ucamufess.br; cfpribeiro@uol.com.br; missil27@yahoo.com.br; viniciaduarte@hotmail.com; duartessousa@terra.com.br; ARINAF@HC.UFO.BR; vivienia@hc.ufu.br; miglind@ufu.br; dienf@hc.ufu.br; superintendencia@he.uftm.edu.br; rodrigomollina@uol.com.br; scihfntm@mednet.com.br; scihfntm@mednet.com.br; diretoria@filiariocho.com; debora@uai.com.br; fernanda@feliciocho.org.br; saeliete@yahoo.com.br; meugenia@feliciocho.org.br; elietesa@gmail.com; melobioq@uol.com.br; ccih@hucff.ufjf.br

Prezados Colegas,

Sou enfermeira e mestranda da UFSC. Minha dissertação tem como tema central: Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico. Estou na fase de coleta e estou buscando ENFERMEIROS que tem vivência em Centro Cirúrgico no Brasil.

Portanto gostaria de contar com a sua ajuda na divulgação e compartilhamento para seus colegas que atuam em Centro Cirúrgico, para que possam participar da minha pesquisa.

Desde já agradeço!

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5XPqIh\\_kz\\_e4Uxix5O5ief3ceM24gRD\\_P4wTRZENHphUsWQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5XPqIh_kz_e4Uxix5O5ief3ceM24gRD_P4wTRZENHphUsWQ/viewform)

Atenciosamente  
Larissa Gutierrez  
Mestranda GEPADES/UFSC

## APÊNDICE L - Envio do link do questionário por e-mail para grupos específicos (Instituições com o Núcleo de Segurança do Paciente)



Larissa Siqueira Gutierrez

seg 21/08/2017 18:10

Para: qualidade@hospitalsantamarita.com.br; CEMERU@IG.COM.BR; secretaria@acsc.org.br; contato@hospiserra.com.br; hsf@hospitalsaofrancisco.org.br; comunicacao@hospitalsaofrancisco.org.br; ouvidoria@santacasacampogrande.org.br; administracao@hospitalperitiba.com.br; administracao@hospitalsaobernardo.net.br; bsc.sroque@gmail.com; administracao@hospitalsaobernardo.net.br; hsc.ipumirim@hotmail.com; hospital@hospitalsaofrancisco.com; administracao@hospitalperitiba.com.br; vagas@hospitalfhn.com.br; administracao@hspita.com.br



Responder

Você encaminhou esta mensagem em 21/08/2017 18:32

Prezada Gestor Hospitalar,

Venho solicitar o apoio para possa divulgar e solicitar o apoio dos Enfermeiros que atuam no Centro Cirúrgico, a participação da pesquisa da minha dissertação do mestrado intitulada: PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO p

Segue abaixo o link para preenchimento on line, destaque que o projeto já está aprovado, pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5XPqIh\\_kz\\_e4Uxix5O5ief3ceM24gRD\\_P4wTRZENHphUsWQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5XPqIh_kz_e4Uxix5O5ief3ceM24gRD_P4wTRZENHphUsWQ/viewform)

Acredito que com o auxílio de vocês será possível ampliar a abrangência, desde já agradeço a atenção e fico no aguardo do retorno.

Larissa Gutierrez

Enfermeira Mestranda GEPADES/ UFSC



## APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido on-line

### PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

\*Obrigatório

1. Endereço de e-mail \*

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ON LINE VIA GOOGLE DOCS®

Prezado(a) Sr(a),

Como parte de uma pesquisa de mestrado, Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa on line intitulada "PRÁTICAS DE GESTÃO DO CUIDADO REALIZADAS POR ENFERMEIROS VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO". O objetivo da pesquisa é: analisar a gestão do cuidado de enfermagem como uma estratégia do enfermeiro para a segurança do paciente no centro cirúrgico. De acordo com Resolução 510/2016, seção II, art 17 §2º no caso desse tipo de registro não ser assinado por escrito, o participante poderá ter acesso ao registro do consentimento ou do assentimento solicitando através do email: [larsiqueira@hotmail.com](mailto:larsiqueira@hotmail.com)

1) Procedimento

A pesquisa será realizada em cinco etapas.

Na primeira etapa pedimos que responda ao questionário online sócio-demográfico com dados pessoais e acadêmicos.

Na segunda etapa utilize a escala de likert de 5 pontos apresentada no estudo para identificar qual o grau de atuação da equipe de enfermagem em cada prática de segurança no centro cirúrgico listada neste estudo. Na terceira etapa você será convidado a responder 5 questões sobre a sua prática de gestão do cuidado no centro cirúrgico.

Estima-se, uma duração de 20 minutos para responder todas as etapas.

2) Tratamento de possíveis riscos e desconfortos

Serão tomadas todas as providências durante a coleta de dados de forma a garantir a sua privacidade e seu anonimato. Os dados coletados durante o estudo destinam-se estritamente a atividades de pesquisa relacionadas à abordagem, não sendo utilizados em qualquer forma de avaliação profissional ou pessoal. O estudo oferece riscos e desconfortos mínimos a sua integridade, física, moral, social e econômica, ficando sob a responsabilidade do pesquisador o ressarcimento e indenização da vigência de qualquer desconforto apresentada.

3) Benefícios e Custos

Espera-se que a participação neste estudo lhe seja benéfica, visto que você terá oportunidade de identificar quais as práticas de cuidado realizadas no centro cirúrgico. Este estudo também contribuirá com resultados importantes sobre as práticas de cuidado realizadas pela equipe de enfermagem no centro cirúrgico.

Você não terá nenhum gasto ou ônus com a sua participação no estudo e também não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa.

4) Confidencialidade da Pesquisa

Toda informação coletada neste estudo é confidencial e seu nome e o da sua organização não serão identificados de modo algum. Solicito a permissão para apresentar os resultados da análise dos questionários em eventos científicos e periódicos nacionais e internacionais.

5) Participação

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades. Em caso de você decidir se retirar do estudo, favor notificar um pesquisador responsável.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o mesmo, assim como tirar dúvidas, bastando entrar em contato pelos seguintes e-mails:

Pesquisadora: Larissa de Siqueira Guterres – [larsiqueira@hotmail.com](mailto:larsiqueira@hotmail.com) – GEPADES/PEN/UFSC

Professor orientador: Dr. José Luis Guedes dos Santos - [joseluis@ufsc.br](mailto:joseluis@ufsc.br) – GEPADES/PEN/UFSC

2. Declaro que compreendi os objetivos dessa pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios, envolvido e concordo em participar voluntariamente da pesquisa \*

Marcar apenas uma oval.

- Aceito Participar da Pesquisa
- Não Aceito Participar da Pesquisa



## ANEXO A – Autorização da SOBECC para o estudo



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina – Hospital Universitário, que autorizo a coleta de dados da pesquisa da Larissa Gutierrez, intitulada: PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO, durante o 13º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização de 12 a 15 de Setembro de 2017, no Palácio das Convenções do Anhembi, desde que o projeto esteja aprovado por este comitê.

São Paulo, 09 de janeiro de 2017

*Marcia Hitomi Takeiti*

Marcia Hitomi Takeiti  
Presidente Gestão 2015-2017

## ANEXO B – Termo de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado de enfermagem para a segurança do paciente no centro cirúrgico

**Pesquisador:** José Luís Guedes dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 84255317.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.164.801

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Emenda de um Projeto de pesquisa do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que pretende identificar as práticas de enfermeiros na gestão do cuidado de enfermagem para a segurança do paciente no centro cirúrgico. Pretende captar os enfermeiros pertencentes a Associação brasileira de enfermeiros de centros cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material de esterilização - SOBECC. Esta instituição fará a mediação para contato com os enfermeiros associados. O motivo da emenda se refere a inclusão de novas formas de recrutamento dos participantes e a inclusão de um novo objetivo específico, bem como a inclusão de um nov instrumento para coleta de dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Identificar as práticas de gestão do cuidado realizadas pelos enfermeiros de centro cirúrgico visando à segurança do paciente.

**Objetivo Secundário:**

Identificar a percepção de enfermeiros acerca do clima de segurança no centro cirúrgico.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rectoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8004 **E-mail:** cep.proceaq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.164.001

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Serão tomadas todas as providências durante a coleta de dados de forma a garantir a privacidade e anonimato do participante. Os dados coletados durante o estudo destinam-se estritamente a atividades de pesquisa relacionadas à abordagem, não sendo utilizados em qualquer forma de avaliação profissional ou pessoal. O estudo oferece riscos e desconfortos mínimos para a integridade, física, moral, social e econômica, ficando sob

a responsabilidade dos pesquisadores o ressarcimento e indenização da vigência de qualquer desconforto apresentado.

##### **Benefícios:**

Espera-se que a participação neste estudo seja benéfica ao participante, visto que irá proporcionar oportunidade de identificar quais as práticas de cuidado realizadas no centro cirúrgico. Este estudo também contribuirá com resultados importantes sobre as práticas de cuidado realizadas pela equipe de enfermagem no centro cirúrgico. O participante não terá nenhum gasto ou ônus com a sua participação no estudo e também não receberá

qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A Emenda refere-se a inclusão do objetivo específico "Identificar a percepção de enfermeiros acerca do clima de segurança no centro cirúrgico." e a ampliação dos meios para o recrutamento dos participantes incluindo outras mídias sociais nos quais os profissionais possam ser captados e, a inclusão de novo instrumento de coleta de dados. A Emenda encontra-se adequadamente justificada, mantendo-se demais aspectos metodológicos sem alterações desde a aprovação do projeto no mês de maio de 2017.

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

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - mediado pela Resolução 510/2016 permanece o mesmo, necessitando a inclusão do novo objetivo específico no conteúdo do mesmo

##### **Recomendações:**

Recomenda-se a inclusão do objetivo específico no conteúdo do TCLE.

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

Conclusão: aprovado.

##### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retórica II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8024 E-mail: cep.projeto@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.164.001

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_945809_E1.pdf	18/08/2017 15:58:29		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	09/04/2017 18:22:00	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_OK.pdf	09/04/2017 18:21:07	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_OK.pdf	30/01/2017 11:47:35	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoOK.pdf	28/01/2017 22:24:08	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sobeco.pdf	21/01/2017 23:50:40	José Luís Guedes dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Julho de 2017

---

Assinado por:  
Ylmar Correa Neto  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8024 E-mail: cnp.projeto@contato.ufsc.br