

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 29/11/2021

Aceito: 07/12/2021

Segurança do paciente cirúrgico: avaliação da implantação do *checklist* perioperatório

Célia Aparecida Dos Santos Silva Ribeiro¹
Gleyce Mikaelle Costa Quirino²
Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes³
Ruth Silva Matos⁴
Marcelo Moreira Corgozinho⁵
Lauane Rocha Itacarambi⁶
Francisca De Paula Carvalho Demes⁷
Helen Meirelles Barbosa⁸
Rodrigo De Carvalho Ribeiro⁹
Elizabeth Souza Dutra¹⁰
Cinthya Marquês Do Nascimento¹¹
Amanda Stefany Silva Ramos¹²

¹Residente do programa de residência uniprofissional de enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF.

²Residente do programa de residência uniprofissional de enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF.

³Enfermeira coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF.

⁴Residente do programa de residência uniprofissional de enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF.

⁵Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF.

⁶Enfermeira residente do programa de residência uniprofissional de enfermagem em centro cirúrgico ESCS/FEPECS/SES-DF

⁷Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

⁸Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

⁹Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

¹⁰Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

¹¹Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

¹²Enfermeira Preceptora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico Escola Superior de Ciências da Saúde ESCS/FEPECS/SES-DF

RESUMO

Objetivo: Descrever a adesão ao preenchimento do *checklist* de cirurgia segura e seus respectivos itens pelos profissionais de enfermagem no centro cirúrgico de um hospital público no DF. **Método:** Trata-se de um estudo de avaliação que visa subsidiar a tomada de decisão para melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico. **Resultados:** Mostraram a adesão de 253,5 de um total de 270 pontos, atribuídos 10 pontos a cada item da checagem da Matriz de julgamento. A demarcação da lateralidade do sítio cirúrgico checado no *Sing out*, foi considerada de menor relevância pelos entrevistados, sendo essa uma atribuição do cirurgião. **Conclusão:** O sucesso da adesão do *checklist*

no Perioperatório pode ser atribuído às intervenções educacionais de sensibilização contínuas, palestras e educação continuada sobre o tema.

Palavras-Chave: Centro cirúrgico, Segurança do Paciente, Perioperatório.

Surgical patient safety: evaluation of perioperative checklist implementation

ABSTRACT

Objective: To describe the adherence to the completion of the safe surgery checklist and its respective items by nursing professionals in the operating room of a public hospital in the DF.

Method: This is an evaluation study that aims to support decision-making to improve the care provided to surgical patients. **Results:** Showed the adherence of 253.5 out of a total of 270 points, 10 points attributed to each item in the Judgment Matrix check. The demarcation of the laterality of the surgical site, checked in the Sing out, was considered of less relevance by their interviewees, this being the surgeon's attribution. **Conclusion:** The successful adherence to the Perioperative checklist can be attributed to on going education awareness interventions, lecture and continuing education on the subject.

Keywords: Operating room, Patient Safety, Perioperative

INTRODUÇÃO

Na atuação da enfermagem em Centro Cirúrgico existe uma gama de atividades que envolvem os processos que contabilizam para o bem-estar geral dos clientes, sendo necessárias ferramentas que priorizem a proteção do paciente desde o primeiro atendimento até a alta das unidades de internação¹.

Florence Nightingale já colocava que “Pode parecer talvez estranho um princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Ela foi a precursora na prevenção de eventos adversos¹.

São comumente relatados eventos adversos em Centros Cirúrgicos como: infecção no sítio cirúrgico, realização de procedimentos em lateralidade errada do corpo, posicionamento cirúrgico inadequado, dificuldades no procedimento anestésico, administração de medicamentos incorreta; concorrendo para o aumento do tempo de permanência no hospital e elevação do número de óbitos².

Existem variações apresentadas nas taxas de eventos adversos em cirurgia geral, segundo estudos e métodos de avaliação, diferem os percentuais apresentados em margem de 2% e 30%³.

Atendendo o segundo Desafio Global da OMS, o Ministério de Saúde Brasileiro, juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), criaram um manual de segurança intitulado, “Cirurgias Seguras Salvam Vidas,” o qual elencou desafios a serem vencidos para melhorar a segurança do paciente cirúrgico⁴.

Neste contexto, foram evidenciados os benefícios do uso de *checklist* na segurança do paciente cirúrgico, após pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por especialistas da área de saúde, sendo estendida a oito países: Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA. O que constatou que após uso do *checklist*, houve evidências de redução em cerca de 36% nas complicações cirúrgicas, 47% em taxas de mortalidades, 50% das taxas de infecções e 25% de redução do retorno pós cirúrgico para reparação⁴. Dessa forma o uso *checklist* aumentou as chances de pacientes serem submetidos a tratamento cirúrgico com segurança e qualidade dos cuidados⁵.

O *checklist* que verifica a Segurança Cirúrgica da OMS foi desenvolvido para auxiliar na redução das ocorrências de danos ao paciente. Para a realização da lista Segurança do Paciente, vários colaboradores regionais da OMS com experiência em cirurgia e subespecialidades, anestesiologia, enfermagem, doenças infecciosas, epidemiologia, engenharia biomédica, sistemas de saúde, melhoria de qualidade e demais campos relacionados e pacientes e também grupos de segurança do paciente. Identificaram verificações de segurança importantes para realizações de quaisquer cirurgias reforçando a prática de segurança³.

O *checklist* é um instrumento de baixo custo, porém encontram-se barreiras em sua aplicação dentro da equipe cirúrgica. Estima-se a necessidade total de tempo de três minutos para aplicação das fases desse processo. A orientação é que uma pessoa seja responsável por essa

verificação, sendo o enfermeiro o indicado para orientar a checagem, porém outro profissional que participe do procedimento cirúrgico, também está apto para coordenar a checagem⁶.

SIGN IN (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)

O paciente encontra-se na sala operatória, antes do ato anestésico, caracterizando a primeira parte do *checklist* (**Identificação ou Sign in**). Confirma-se nesta etapa a identificação e o procedimento a ser realizado. Na sequência, a verificação anestésica deve ser concluída e o oxímetro deve estar funcionando, certificam-se relatos de alergias, via aérea difícil, risco para aspiração e risco para perda sanguínea acima de 500 ml, com necessidade de acesso adequado para infusão de fluídos ou hemocomponentes, em caso de possíveis intercorrências⁶.

TIME OUT (ANTES DE INICIAR A CIRURGIA)

Antes da incisão cirúrgica: Confirmam-se os nomes dos membros da equipe e suas funções: Cirurgião, anestesiológico e enfermeiro. É realizada a confirmação verbal da identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento, atentar para previsão de evento crítico, revisão do procedimento cirúrgico: quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração do procedimento, perda sanguínea prevista. Revisão da equipe de anestésica: há alguma preocupação específica em relação ao paciente. Provisão de material pela enfermagem como instrumentais, próteses e outros, se estão presentes e dentro da validade de esterilização. A profilaxia antimicrobiana foi realizada, ou não, imagens essenciais estão disponíveis ou não há necessidade⁷.

SIGN OUT (ANTES DE O CLIENTE SAIR DA SALA ANESTÉSICA)

Após o procedimento realizado no Sign Out, verbaliza-se o procedimento, materiais são conferidos e contabilizados, amostras devem ser encaminhadas e traçadas metas para o pós-

operatório. Nas três fases o coordenador do *checklist*, deve-se confirmar se a equipe cirúrgica realizou todas as fases, antes de prosseguir para uma nova etapa⁸.

Para a OMS, essa lista de verificação no transoperatório apresenta componentes essenciais para assistência cirúrgica, criando barreiras com o propósito de se evitar falhas humanas, conseqüentemente melhora do desempenho, padronização das tarefas necessárias ao ato cirúrgicas, firma a cultura de segurança na sala operatória o que se faz necessário; não esquecendo o apoio por parte de gestores e governantes⁹.

Segundo¹⁰, Florence Nightingale, percebendo que os soldados morriam mais por complicações patológicas, decorrentes da assistência à saúde, do que em batalha, promoveu a análise estatística mensurando o resultado da assistência criando medidas para melhorar o cuidado contribuindo na diminuição de possíveis de óbitos. Evidenciando assim os primeiros cuidados de segurança do paciente pela enfermagem.

O manual da cirurgia segura da OMS, tem o objetivo central do programa das “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, onde foi definido um conjunto de estatísticas demográficas para as cirurgias, desta forma agregam medidas de estudos e resultados, tornado possível o rastreo dos esforços do processo através de uma ferramenta de verificação, um documento com recomendações em todos os tempos cirúrgicos, segurança e a implementação de protocolos padronizados para a assistência em saúde⁴.

Com relação à equipe multiprofissional, existem alguns fatores problemáticos para a execução das práticas seguras em relação aos pacientes hospitalizados, tornando-se evidentes associações entre a carga de trabalho excessiva da equipe de enfermagem, trazendo prejuízo na implantação do protocolo de segurança dos pacientes, onde o quadro de pessoal com menor número de pacientes apresentaram os melhores indicadores de qualidade assistencial e gerencial de segurança do paciente¹¹.

O gerenciamento de risco é um processo que requer um alto grau de complexidade, pois incorpora aspectos variados inerentes à prática profissional, sendo relevante para qualificar a assistência de enfermagem e auxiliando na previsão de eventos adversos. O dimensionamento insuficiente de profissionais conta como risco à segurança do paciente¹².

Garantir a segurança do paciente tornou-se um dos principais pilares de dificuldade entre os especialistas que buscam reduzir os eventos nas instituições de saúde de modo que a assimilação, por parte dos dirigentes onde o errar é humano traz a propagação de falhas¹³.

Quando se aborda a segurança do paciente, o objetivo principal é promover a melhor assistência possível, incluindo a realização do *checklist*, principalmente em países em desenvolvimento destacando os da América Latina. É comprovada que utilização dessa ferramenta permite identificar fatores associados à sua efetividade com resultados satisfatórios para a segurança do paciente cirúrgico¹⁴.

No desenvolvimento de estratégias de segurança, aparecem barreiras que envolvem a enfermagem corporativista, a organização e infraestrutura da assistência hospitalar, variabilidade clínica, ausência de protocolos, falta de liderança, insumos e materiais escassos, inadequação do quantitativo de profissionais e o diálogo deficiente entre os membros da equipe, pressão do tempo, desmotivação e ausência de indicadores fidedignos de segurança¹⁵.

As pesquisas sobre a segurança do paciente devem subsidiar tomadas de decisões e as intervenções que gerem resultados com práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, colaborando com uma gestão mais participativa e integrada no processo de cuidar¹³. Por este motivo, deu-se a necessidade de aprofundamento na temática, a fim de analisar o impacto do *checklist* na segurança do paciente cirúrgico.

OBJETIVOS

1.2 Objetivo geral

Avaliar o grau de implantação do instrumento *checklist* Perioperatório da cirurgia segura nas salas operatórias do Hospital Regional do Gama, cidade satélite do Distrito Federal (DF).

1.3 Objetivos específicos

Observar, a partir do diário de campo as principais barreiras encontradas na implantação do *checklist* Perioperatório.

Identificar em quais ocasiões o *checklist* é aplicado de maneira correta e tempo cirúrgico adequado, quantificando assim a sua eficácia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de avaliação da implantação de atividades relacionadas ao *checklist* transoperatório em um hospital da Rede SES/DF. A presente avaliação tem o propósito de melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico através da detecção de inconformidades no processo de aplicação do *checklist*. A avaliação do processo de uma intervenção busca a adequação dos meios e recursos utilizados perante os resultados parciais ou finais, referenciados pelas metas e indicadores da intervenção¹⁶.

A população será constituída pela equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem - que atuem nos centros cirúrgicos da Rede SES/DF. A coleta dos dados será realizada em duas etapas: I) Matriz de análise e julgamento (quantitativo) – Apêndice I, e II) Diários de campo do pesquisador (qualitativo).

Atua, nas unidades de centro cirúrgico, a equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros gerentes, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, residentes da área médica e multiprofissional, estudantes de graduação, além de funcionários administrativos e equipe de serviços gerais. No entanto, apesar da equipe cirúrgica ser responsável pela segurança do paciente, a responsabilidade pela execução das etapas da aplicação do preenchimento do *checklist* é da equipe da enfermagem, considerada a população alvo do estudo.

O tamanho da amostra foi de 20 profissionais de enfermagem, sendo 6 enfermeiros, 7 técnicos e 4 auxiliares de enfermagem, sendo 3 profissionais atuantes em duas categorias de enfermeiro e técnico de enfermagem. Foram incluídos os profissionais que atuam nas unidades de Centro Cirúrgico, com escala diária no período diurno e que estiverem envolvidos nas atividades de cuidado direto ao paciente (profissionais que preenchem o *checklist* em todo o processo perioperatório). Serão excluídos os profissionais afastados do cenário durante o período de coleta de dados (período de férias, licenças médicas, ou simplesmente por questões de escala diária de trabalho).

A pesquisa quantitativa será realizada por meio da Matriz de Avaliação adaptada do “*Checklist* da Campanha de Cirurgia Segura OMS” e será composto de perguntas objetivas. Esse instrumento de pesquisa contará com a Matriz de Relevância e Julgamento¹⁷.

Cada profissional da enfermagem responderá a cada item (atividade) da matriz de avaliação e, ao final das abordagens, o percentual das respostas de cada item será mensurado (%). O instrumento consiste na enumeração dos critérios dos componentes estruturais da intervenção que serão avaliados e quantifica o processo de valoração. Este instrumento é primordial para o processo de julgamento fidedigno e transparente. Outro ponto essencial é a descrição dos indicadores para avaliar o seu grau de implantação alcançado pela intervenção, qualificados estes, através da pontuação de cada atividade segundo a sua relevância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observando-se a Tabela 1 do perfil social dos entrevistados, é possível identificar que 35% da amostra é composta por técnicos de enfermagem, sendo considerado que no Brasil a contratação de técnicos de enfermagem é superior ao número de enfermeiro¹⁸.

Tabela 1. Características sociodemográficas da equipe de enfermagem de centro cirúrgico de um hospital público do DF. Brasília/DF, 2018.

Variável	n	%
Formação (atuação no CC)		
Técnico de enfermagem	07	35%
Auxiliar de enfermagem	04	20%
Enfermeiro	06	30%
Técnico e Enfermeiro	03	15%
Escolaridade		
Técnico	07	35%
Superior incompleto	03	35%
Superior completo	05	25%
Especialização	05	25
Tempo de atuação em CC		
(em anos)		
1 a 5	03	15%
5 a 15	07	35%
15 a 20%	06	30%
Acima de 20	04	20%
Sexo		
Masculino	04	20%
Feminino	16	80%

Fonte: autoria própria

Os auxiliares de enfermagem que foram nomeados após aprovação em concurso público, totalizam de 20% da amostra e configuram como os profissionais com maior tempo de experiência, visto que atualmente os concursos para profissionais de enfermagem são direcionados para técnicos e enfermeiro.

Os enfermeiros participantes se empenharam em participar da pesquisa dada a importância da aplicação desse instrumento, totalizando 30% dos entrevistados na Tabela 1.

A percepção de especialização para melhor atender o público alvo e adequarem as atualizações no processo do cuidar são um dos objetivos evidenciados pelos profissionais. Na Tabela 1, os 5 enfermeiros que participaram da pesquisa, 100% possuem especialização, sendo a Especialização uma procura por ampliar os conhecimentos e concepções da área, preparando os profissionais para adequação e transformação da prática em busca de melhoria dos resultados¹⁹.

O total de 15% dos Servidores possui menos de 5 anos no setor, onde por ser considerado uma área crítica e de circulação restrita, os profissionais permanecem por todo o período de plantão em contato frequente, alternando para as refeições, o que intensifica a convivência, contribuindo para o surgimento conflitos¹⁹.

Em gênero Tabela 1, o sexo feminino é 80% maior que o masculino. Segundo²⁰, na estrutura familiar dos primórdios a responsabilidade dos cuidados de crianças, velhos e doentes eram incumbidos a mulher, sendo o gênero mais predominante na Enfermagem.

As instituições e Hospitais buscam ações de saúde com objetivo de promover a segurança do paciente. Eventos adversos são parte de um processo ampliado que torna a equipe, paciente, Instituição e os familiares responsáveis pela formação estrutural um novo gerenciamento de danos⁷.

A Matriz de julgamento (Figura 1) é um modelo holístico atuante na definição de dados propostos nas pesquisas de avaliações dos parâmetros que classificam as instituições que passam processos de pesquisa em qualidade¹⁷.

Figura 1. Matriz de avaliação e julgamento do *checklist* de cirurgia segura.

Matriz de avaliação e julgamento				
SING IN				
Componentes técnicos, checklist	n.20	Pontuação esperada	Pontuação obtida	Grau de implantação
Segurança do paciente cirúrgico HRG				
Identificação do paciente	20	10	10	Grau de implantação
Local da cirurgia a ser feita	20	10	10	
Procedimento a ser realizado	20	10	10	
Sítio cirúrgico do lado correto	05	10	2,5	
Consentimento/informado	15	10	7,5	
Checagem de equipamentos anestésicos	20	10	10	
Oxímetro de pulso	20	10	10	
Paciente apresenta alergias	20	10	10	
Risco p/ via aérea difícil/ há equipamento, (bronco aspiração)	20	10	10	
Risco de preda sanguínea > que 500m/7ml KG criança, com acesso planejado para reposição	20	10	10	
TIME OUT				
O Cirurgião o Anestesista e a enfermagem verbalmente confirmem Identificação do Paciente	15	10	7,5	

Local da Cirurgia a ser feita.	20	10	10	
Procedimento a ser realizado	20	10	10	
Antecipação de eventos críticos	20	10	10	
Revisão do cirurgião Há passos críticos na cirurgia?	20	10	10	
Qual sua duração estimada?	20	10	10	
Há possível perda das sensíveis, volêmicas	20	10	10	
Revisão do anestesista	20	10	10	
Revisão da enfermagem Cuidados com equipamentos	20	10	10	
Antibiótico profilático, 60 min	20	10	10	
Exames disponíveis	18	10	9,0	
SING OUT				
Os profissionais confirmam verbalmente seu nomes e profissões	15	10	7,5	
Enfermeira confirma verbalmente nome do procedimento realizado	20	10	10	
A contagem das compressas, instrumentos e agulhas está correta	20	10	10	
Biópsia está identificada e com nomes dos pacientes	20	10	10	
Houve algum problema com equipamento que e resolvido	20	10	10	

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem: Analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente.	20	10	10	
TOTAL		270	253,5	

Fonte: autoria própria

Nesse instrumento de avaliação foram pontuados os item do *checklist* nos tempos; Sing in, time out e sing out. Para cada item de checagem foi elaborado a pontuação de 10 pontos, finalizando com total de 270 pontos. Podemos observar que no quesito identificações do paciente na etapa Sing in, da lista de variações do *checklist*, é de suma importância a confirmação do nome do paciente, o que caracteriza essa identificação são: nome completo e data de nascimento. Nesse processo é assegurada a confirmação do paciente correto para o procedimento ou tratamento determinado²¹.

Os itens de verificação do Sing in como local da cirurgia e nome do procedimento a ser realizado quando corretamente identificados, evitam que eventos adversos como cirurgias em lateralidade incorreta e dificuldade no ato anestésico ocorram, porém apesar dessa relevância o sítio cirúrgico demarcado pelo cirurgião só é pontuado com nota 2,5 em uma pontuação de 10 pontos por itens na matriz de julgamento, e foi observado no diário de campo que essa verificação é corriqueiramente aplicada em cirurgias plásticas de mama².

O consentimento do procedimento cirúrgico, na primeira etapa de verificação do *checklist*, pontua 10 pontos sendo evidenciado por 7,2 do total da amostra, não podendo ser aplicado em

pacientes de emergência cirúrgica, quando esse se encontrar inconsciente e não houver responsáveis que assinem, prioriza-se a vida.

A checagem do equipamento anestésico torna-se uma atribuição não só do anestesista, mas de toda equipe cirúrgica, tendo em vista que a enfermagem é a provedora de todo material e equipamentos usados durante o período cirúrgico, sendo de relevância absoluta em toda amostra.

Quanto ao uso de oxímetro de pulso, atingiu-se a pontuação máxima, onde os 20 entrevistados consideraram de suma importância o uso dessa monitorização, que contribui para a segurança do paciente com sistema neurológico deprimido durante o procedimento anestésico com a oferta de O₂ necessária para manter a saturação vital.

O cirurgião prevê perdas volêmicas e solicita a enfermagem, que providencie os hemocomponentes prescritos de acordo com o tipo sanguíneo, evitando eventos adversos causados por falta de previsão, sendo um dos itens de checagem do *sing in* que pontuam 10, do total da amostra.

Na implantação do *checklist* para uma cirurgia segura, no *time out*, a identificação verbal de cada membro da equipe e sua respectiva função, foi observada com pouca relevância pela equipe, pois justificam que não há necessidade de confirmação contínua tendo em vista que a equipe se mantém constante diariamente, que só se faz a necessidade de confirmação quando constar profissional convidado ou novo no setor, a amostra observou que 2.5 dos pesquisados não contemplam essa identificação.

A equipe conjunta, total de 10 pontos por 20 participantes confirmam a checagem do nome do paciente, local de cirurgia e procedimento, todas essas conferências, transmitem segurança à equipe cirúrgica.

Revisão cirúrgica; onde o cirurgião discorre sobre passos críticos, tempo de cirurgia e perdas sanguíneas; o anestesista relata preocupações com o paciente; a enfermagem se encarrega do instrumental em sala operatória, pontuam 10 por vivenciarem esses cuidados, apesar dos

entrevistados atuarem apenas em suas atribuições de enfermagem, é na grande maioria os responsáveis pela conclusão da averiguação do *checklist*.

A profilaxia pré-operatória é protocolo para controle de infecções nas cirurgias, checado pela equipe de enfermagem quando há prescrição médica, observado por todos os participantes da pesquisa.

Segundo observado e relatado no diário de campo, os exames de imagens prevalentes em cirurgias ortopédicas, porém sempre que o mesmo acompanhar o paciente, o cirurgião terá acesso, o que valida essa verificação no time out 9,0 do total de 10 pontos da amostra.

Antes de o paciente sair da sala anestésica no sing out, a enfermagem torna-se protagonista, conferindo: procedimento realizado, contagem de compressas, identifica material de biópsia que deverá ser identificado com nome do paciente e SES, equipamentos com defeitos que precisem de consertos ou serem substituídos. Finalizando a assistência intra-operatória, é discutido pela equipe multiprofissional o plano de cuidado, após todas as etapas de conferência obterem o aproveitamento de 100%. Uma das problemáticas alavancadas é a não identificação do material de biópsia, pois ocasiona em comprometimento do diagnóstico do paciente, como consequência, acarretando em reabordagem cirurgia, o que resultam em processos jurídicos por negligência.

DIÁRIO DE CAMPO

O diário de campo é uma ferramenta de anotações onde se observa e registra o que foi ouvido, visto e sentido durante a experiência da pesquisa de campo. Essa investigação qualitativa baseia-se no modelo fenomenológico no qual a realidade está nas percepções dos sujeitos. Através dos relatos se busca compreender e encontrar significados de autenticação que vão além do preenchimento dos formulários pelos entrevistados²³.

Foram observadas as atividades dos enfermeiros junto a equipe de profissionais que atuam no centro cirúrgico do Hospital Regional do GAMA (HRG) no período de 15 de dezembro a 25

de janeiro, 3 dias por semana. Neste período confirmou-se a identificação de todos os pacientes com cirurgias eletivas programadas em mapa cirúrgico. O uso de pulseiras com nome completo, SES e data de nascimento são informações que devem sempre ser confirmadas na sala de recepção pré-cirúrgica. No local, o anestesista confirma realiza a entrevista pré-anestésica com perguntas sobre hábitos, alergias, procedimentos cirúrgicos anteriores além de análise de possibilidade de via área difícil.

A lateralidade do sítio cirúrgico é demarcada em evidência em cirurgias plásticas, onde apesar da importância para prevenção de intercorrência, não ocorre de forma habitual em todos os procedimentos cirúrgicos.

A identificação dos profissionais e seus respectivos nomes feita verbalmente só é aplicada em casos de novos integrantes da equipe, tais como residentes, internos e novos funcionários.

Cerca de 5% dos profissionais entrevistados queixaram sobre a comunicação entre a equipe: Se fosse mais esclarecedora e contínua aumentaria a contribuição dos cuidados.

Os itens do *checklist* são checados e há concordância de toda equipe dos benefícios no Perioperatório como prevenção dos eventos adversos e sucesso na recuperação do paciente.

O Hospital Regional do Gama (HRG) ainda conta com Ambulatório Multiprofissional Perioperatório de Medicina e Enfermagem (AMME), que realiza a triagem de pacientes em baixo, médio e alto risco, para que o procedimento cirúrgico seja de menor periculosidade possível.

O Centro cirúrgico do HRG possui sala obstétrica para partos cesáreos, onde as pacientes são triadas no Centro Cirúrgico e o questionário do *checklist* realizado em todo Perioperatório.

Comparando o uso do *checklist* em todas as cirurgias, a ausência do preenchimento de itens sugere resistência por parte da equipe, uma vez que palestras e seminários sobre o instrumento e sua finalidade são constantemente realizados com propósito da sensibilização da adesão ao *checklist* visando à segurança cirúrgica dos pacientes.

CONCLUSÃO

A implementação do *checklist* de segurança do Paciente cirúrgico no Hospital Regional do Gama, pode ser considerada totalmente implementada, com 253,5 de uma pontuação máxima de 270 pontos, sendo 10 para cada um dos 27 itens. Quesitos como checagem da demarcação de lateralidade do sítio cirúrgico que não é considerada relevante por alguns membros da equipe, é de grande valia dos pesquisadores formuladores da lista de averiguação para a segurança do paciente, pois possibilita a exatidão do local onde deve ser feito o procedimento evitando eventos adversos.

A identificação dos profissionais e a repetição de suas profissões podem auxiliar na comunicação de toda equipe, evitando que haja cobrança de atribuições errôneas ao profissional. A equipe de enfermagem ressalta a necessidade de interação e comunicação ativa entre os membros da equipe multiprofissional, tendo como foco evitar eventos inesperados e contribuir para recuperação do paciente. Faz-se necessário o aprofundamento no assunto, tendo em vista a inovação e atualização de procedimentos contínuos na área da saúde e a prevalência da atenção integral à segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Silva ACA, Silva JFD, Santos LRO, Avelino FVSD, Santos AMR, Pereira AFM. *A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar*. [periódico na Internet]. *CogitareEnferm*. 2016 v. 21 n. esp: 01-09. [Acessado em 2021 Ago 14]. Versão eletrônica ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763/pdf>
2. BohomolE, TartaliJA. *Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem*. *Acta paul. enferm.* 26 (4), 2013. [Acessado em 2021 Nov 14]. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>.

3. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo Para Cirurgia Segura*. Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz;2013.
4. Monteiro F,Silva LR.*Checklist” Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção*. Rev. Ciênc. Méd. Biol. [periódico na Internet].Salvador, v.12, especial, p.482-485, dez.2013. ISSN 1677-5090. [Acessado em 2021 Nov 14]. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23118/1/13_v.12_esp..pdf
5. Alpendre FT, Cruz EDA, DyniewiczAM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. *Safe surgery: validationofpreandpostoperative checklists*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2907. [Acessado em 2021 Nov 14]; DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jSgwyYQJpGvyYvV8VmWVKws/?lang=pt&format=pdf>
6. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. *Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola*. Rev Gaúcha Enferm. [periódico na Internet]. 2013;34(1):71-78. [Acessado em 2021Nov 14]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hpcybZ8fkZ8MfxmhWgMccQC/?format=pdf&lang=pt>
7. Porto KLH. *A segurança do paciente na utilização do checklist* . Rev. Enfermagem Revista. 17. N° 02. maio/jun. 2014. [Acessado em 2021 Nov 14]. Disponível em:<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876>
8. Oliveira AC,Abreu AR,Almeida SS.*Implementação Do Checklist De Cirurgia Segura Em Um Hospital*.Enferm. Foco 2017; 8 (4): 14-18. [Acessado em 2021 Nov 14]. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.972>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/972>
9. Corona ARP,Peniche ACG . *A Cultura de Segurança do Paciente na adesão do Protocolo da Cirurgia Segura*.REV. SOBECC, SÃO PAULO. JUL./SET. 2015; 20(3): 179-185. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>

10. Martins DF, Benito LAO. *Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares*. Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez. 2016. [Acessado em 2021 Nov 14]. DOI: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810>
11. Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Marck PB. *Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente -estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev.2013 [acesso em: 2021 nov 16];21(Spec):[09 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hkkrddzx7TwCwRmcm9CZHdm/?lang=pt&format=pdf>
12. Fassini P, Hahn GV. *Riscos À Segurança Do Paciente Em Unidade De Internação Hospitalar: Concepções Da Equipe De Enfermagem*. RevEnferm UFSM. [Internet]. Mai.-Ago.2012 [acesso em: 2021 nov 16]; 2(2):290-299. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4966/3753>
13. Silva AEB de C. *Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem*. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 30º de setembro de 2010 [citado 2021Nov16];12(3):422-4. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>.
14. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bredes AC, Sousa KAS, Alvez M: *Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica*. Cad. Saúde Pública. [Internet]. November 2017; 33(10):e00046216. DOI:10.1590/0102-311x00046216. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320878683_Adesao_ao_preenchimento_do_checklist_de_seguranca_cirurgica
15. Cavalcante A, Cardoso RR, Tolstenko NL, Dantas AF, Santiago RS. *Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem*. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [2021 Nov16]; 31 (4). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907>.

16. Carvalho NS. *Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate*. São Paulo Perspec. [internet]. 2003. [2021 Nov 16].17 (3-4).<https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000300019>. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/spp/a/dQCXTWYHKWFgFSJbY7SbsBK/?lang=pt>
17. Felisberto E, Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Resenhas Book Reviews. [Internet]. 2011. [2021 Nov 17]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sJxCFXXQ7Xc5zn34x34gJ5C/?format=pdf&lang=pt>
18. Rossetti AC, Gaidzinski RR. *Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital*. Rev. Latino-Am..Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2011. [2021 Nov 17];19(4):[07 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bxBmjQXqb6zqPRDbgrQw9zt/?lang=pt&format=pdf>
19. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114) ISBN 85-334-0353-4. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf
20. Borges TMB, Detoni PP. *Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar*. Cad. psicol. soc. trab. [Internet]. 2017, vol.20, n.2 [citado 2021 Nov 17], pp. 143-157. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p143-157>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637172017000200004&lng=pt&nr=iso. ISSN 1516-3717.
21. Freitas I,Guergel SS, Souza TLVS,Ferreira MKM,Lima FE. *Avaliação do conhecimento sobre a identificação do paciente em curso da segurança do paciente: aplicação do questionário pré e pós teste*. JOIN – Encontro Internacional de Jovens Investigadores. [Internet]. Disponível em:

https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/join/2017/TRABALHO_EV081_MD1_SA87_ID338_14092017110300.pdf

22. Andrade CC, Holanda AF. *Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. Estudos de Psicologia*. [Internet]. Abri-jun. 2010. 27(2) I 259-268. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/XLzgL8vX67XRNs83MLk7mn/?format=pdf&lang=pt>