

CIRURGIA SEGURA – ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO ATRAVÉS DA MATRIZ SWOT

Safe surgery – analysis of the implementation of the checklist by SWOT matrix

Cirurgia segura – análisis de la aplicación de la lista de verificación de la matriz DAFO

Laryssa dos Santos Pimentel¹, Luiza Bonfim Gomes², Angela Maria La Cava³, Deise Luci Batista Motta⁴

Como citar este artigo:

Pimentel LS, Gomes LB, La Cava AM, Motta DLB. Cirurgia segura – análise da implementação da lista de verificação através da matriz SWOT. 2020 jan/dez; 12:1022-1029. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7454>.

RESUMO

Objetivos: Conhecer o processo de implementação da lista de verificação de cirurgia segura e analisar o processo de implementação da lista de verificação de cirurgia segura em centro cirúrgico de um hospital federal, através da matriz SWOT. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram obtidos através de um questionário, com amostra de 56 participantes. O cenário foi o centro cirúrgico de um Hospital Federal situado no Município do Rio de Janeiro. **Resultados:** O processo de implementação da lista ainda não está implantado de forma sistemática e consistente; constatou-se a necessidade de implementação da lista em todos os procedimentos cirúrgicos, onde destaca-se as responsabilidades dos líderes e gestores na adoção de processo para cirurgia segura. **Conclusão:** Foi evidenciada a importância atribuída à implementação da lista de verificação de cirurgia segura, considerada como estratégia para melhoria da segurança do paciente e minimização de erros. **Descritores:** Qualidade da assistência à saúde; Cirurgia; Segurança do paciente; Equipe de assistência ao paciente; Lista de verificação.

ABSTRACT

Objective: This study intends to both understand and analyze the process of implementing the safe surgery checklist (SSC). **Methods:** This is a descriptive-exploratory study with both quantitative and qualitative approaches, which was carried out in the surgical center of a Federal Hospital in *Rio de Janeiro* city, *Rio de Janeiro* State, Brazil, through the use of a questionnaire. A sample of 56 participants was obtained. **Results:** The SSC was not implemented systematically and consistently. According to the study results, the SSC should

- 1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil. Enfermeira Residente pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) do Hospital Servidores do Estado.
- 2 Graduada em Enfermagem pela Universidade Veiga de Almeida (UVA), Rio de Janeiro, Brasil. Enfermeira Residente pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) do Hospital Servidores do Estado.
- 3 Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
- 4 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialista Internacional em Qualidade da Saúde e Segurança do Paciente (FIOCRUZ). Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE).

be implemented in all surgical procedures with the involvement of the management staff. **Conclusion:** It was highlighted the importance attributed to the implementation of the SSC, which was considered as a strategy for improving patient safety and minimizing errors.

Descriptors: Quality of health care, surgery, patient safety, patient care team, checklist.

RESUMEN

Objetivos: Conocer el proceso de implementación de la lista de verificación de cirugía segura y Analizar el proceso de implementación de la lista de verificación de cirugía segura en el centro quirúrgico de un hospital federal a través de la matriz SWOT. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cuantitativo. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario, con una muestra de 56 participantes. El escenario fue el centro quirúrgico de un Hospital Federal situado en el Municipio de Río de Janeiro. **Resultados:** El proceso de implementación de la lista aún no está implantado de forma sistemática y consistente; se constató la necesidad de implementación de la lista en todos los procedimientos quirúrgicos, donde se destacan las responsabilidades de los líderes y gestores en la adopción de proceso para cirugía segura. **Conclusión:** Se evidenció la importancia atribuida a la implementación de la lista de verificación de cirugía segura, considerada como estrategia para mejorar la seguridad del paciente y minimización de errores.

Descriptores: Calidad de la atención de salud; Cirugía; Seguridad del paciente; Grupo de atención al paciente; Lista de verificación.

INTRODUÇÃO

Atuando como enfermeiras, em um centro cirúrgico de instituição pública federal, cuja visão de futuro é estar entre os melhores hospitais do Brasil, foi oportunizada a discussão sobre a implementação de estratégias que visassem a segurança nos procedimentos cirúrgicos, que nacional e internacionalmente, constituem-se em desafios para os todos os interessados em melhores práticas nos serviços de saúde.

Assim, o termo segurança do paciente vem adquirindo grande importância tanto para os profissionais de saúde e gestores, quanto para os pacientes e familiares, tendo como foco a assistência segura.¹ Devido a isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu segurança do paciente como a redução de risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.²

Em maio de 2002 em Genebra, ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde que sugeriu a OMS e aos Estados Membros que concentre as atenções nos problemas relacionados à segurança do paciente. Em virtude dessa assembleia, em outubro de 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente cujo objetivo é aguçar a consciência dos profissionais e o engajamento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e ajudar os Estados membros na elaboração de políticas públicas e práticas focadas ao tema.³ Já em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou seis áreas de maior problemática que pode colocar em risco o paciente, podendo assim promover as melhorias cabíveis na assistência, são elas: 1 - Identificação do Paciente; 2 - Comunicação Efetiva; 3 - Medicação de Alta Vigilância; 4 - Intervenção Cirúrgica Correta; 5 - Redução do Risco de Infecção; 6 - Lesão por Queda.⁴

As áreas descritas acima ficaram conhecidas como Metas Internacionais para Segurança do Paciente (MISP), sendo que na 4ª recomenda-se “Assegurar que as cirurgias sejam feitas corretamente e em pacientes corretos. Erros cirúrgicos são muito comuns e como forma de prevenir ocorrências, muitas instituições desenvolveram o Protocolo de cirurgia segura, onde contempla a marcação do sítio cirúrgico, a avaliação pré-anestésica e o *checklist* final, dentre outros cuidados”.⁴

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente possui como componente central a elaboração de Desafios Globais para a segurança do paciente. O que será abordado nesse artigo é o Segundo Desafio Global que tem como tema: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” e foi criado em 2009. Ele tem como objetivo ampliar mundialmente os padrões de qualidade em serviços de saúde, mediante o estabelecimento de práticas para uma cirurgia segura.³

Para atender ao segundo desafio global, faz-se imperioso o compromisso político e a vontade clínica. Dentre outras finalidades, tem como propósito diminuir o número de óbitos cirúrgicos em todo o mundo, alertando sobre práticas de segurança anestésicas inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe. Está comprovado, que estas questões têm sido os problemas mais comuns, mortais e evitáveis em todos os contextos e países.⁵

A partir desse programa, o Ministério da Saúde criou em 2013, o Protocolo para Cirurgia Segura que tem como objetivo estabelecer medidas a serem implantadas para diminuir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade durante o procedimento cirúrgico, aumentando assim a segurança cirúrgica, em especial, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVSC).⁶

Essa lista foi criada para ajudar na melhoria do trabalho em equipe que atua no centro cirúrgico em benefício da segurança do paciente, qualificando os profissionais, provocando melhorias e o entendimento das ações indispensáveis para a consolidação dos sistemas de segurança do paciente, além de auxiliar para o entendimento do risco. Esse é a primeira etapa para a alteração de medidas preventivas.⁷

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é composta de três etapas, conhecidas como *checklist*, foi proposta para ser empregada em qualquer hospital, independentemente do seu grau de complexidade, cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança.⁵

As três etapas do *checklist* são: I- Antes da indução anestésica; II - Antes da incisão cirúrgica; e III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia. Cada uma dessas etapas equivale a um determinado momento de um procedimento cirúrgico, ou seja, pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, constituindo-se em estratégia para reduzir os fatores de risco.⁶

Em nosso cenário de prática, desde 2017 a lista de verificação de cirurgia segura está suspensa. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) possuía o planejamento de iniciar as estratégias para realizar a implementação da

lista, para todo o corpo cirúrgico do hospital a partir de março de 2018, uma vez que estava sendo utilizado um projeto piloto há alguns anos, com adesão de 04 clínicas, a saber: Ortopedia, Proctologia, Cirurgia Pediátrica e Neurocirurgia. A meta do referido NSP, seria utilizá-la em todas as clínicas cirúrgicas; entretanto, os consensos internacionais recomendam que garantir o local correto, procedimento correto e paciente correto aplica-se a todas as áreas do hospital nas quais procedimentos cirúrgicos e invasivos ocorram.

Cabe destacar que a LVSC do hospital em tela foi adaptada, conforme descrição a seguir:

Na primeira etapa que é antes da indução anestésica, a equipe de enfermagem deve confirmar com o paciente sua identidade (nome e data de nascimento), o sítio cirúrgico, o procedimento que será realizado e se o termo de consentimento é compatível com o procedimento. Deve averiguar também, marcação o sítio cirúrgico ou não se aplica, monitoramento do paciente com oxímetro de pulso, e se o aparelho está em perfeito funcionamento; verificar com o anestesiológico se o paciente possui alguma alergia, dificuldades de acesso às vias aéreas ou risco de aspiração, risco de perda sanguínea, a tipagem sanguínea do paciente e se tem reserva de hemoderivados, se há a necessidade de profilaxia para tromboembolismo venoso e se a verificação anestésica está devidamente concluída.

Na segunda etapa que é iniciada antes da incisão cirúrgica, todos os membros da equipe (cirurgião, anesthesiologia e equipe de enfermagem) se apresentam dizendo o nome e a função. Toda a equipe confirma verbalmente: a identificação do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento. É verificado se a profilaxia antimicrobiana foi feita nos últimos 60 minutos e se as imagens essenciais para a realização do procedimento estão disponíveis. O cirurgião deve compartilhar com toda equipe o plano cirúrgico, incluindo etapas críticas, as possíveis dificuldades, a duração esperada e a perda de sangue prevista. Já o anestesiológico tem que compartilhar quaisquer preocupações em relação ao paciente. E a equipe de enfermagem relata as questões relativas aos equipamentos, a confirmação da disponibilidade de instrumentais e próteses dentro do prazo de esterilização.

Na terceira etapa, antes do paciente sair da sala de cirurgia, o profissional da equipe de enfermagem confirma verbalmente junto à equipe cirúrgica se há registro do procedimento intra-operatório, incluindo se foi executado completamente, realização da contagem de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas (se completas ou não se aplicam), se a amostra para anatomia patológica está identificada e acondicionada adequadamente. Ainda, toda equipe cirúrgica informa se há algum problema com equipamento para ser resolvido e se há preocupações relevantes e orientações para a recuperação e manejo clínico do paciente no pós-operatório.

A lista de verificação deve ser preenchida por uma única pessoa, porém com a contribuição de toda equipe presente no ato cirúrgico, geralmente por um integrante da equipe de enfermagem, que checa todas as informações descritas, antes de prosseguir para a etapa seguinte. Se algum item da lista

não estiver de acordo, a checagem deverá ser interrompida imediatamente e o paciente permanecerá na sala cirúrgica até a sua solução.⁶ De acordo com a lista de verificação do Ministério da Saúde, a equipe de enfermagem poderá ser inserida em todas as três fases da lista de verificação.

Os Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, elenca uma série de propósitos e elementos de mensuração no capítulo referente à anestesia e cuidados cirúrgicos, a respeito da organização e gestão, cuidados anestésicos e cirúrgicos. Destaca-se que os gestores e as lideranças do hospital devem desenvolver e implementar um processo para garantir a execução do ato cirúrgico no local correto, procedimento correto e paciente correto e que os cuidados cirúrgicos à cada paciente devem ser planejados e documentados com base nos resultados da avaliação clínica.⁸

A matriz SWOT analisa o ambiente interno e externo de uma organização. Esse método contribui para formulação de estratégias por meio do reconhecimento dos pontos fortes e fracos que são referentes ao ambiente interno, e das oportunidades e ameaças que são referentes ao ambiente externos. Esta análise dá ao gestor uma visão ampla e crítica dos ambientes de trabalho.⁹ Assim, considera-se ambiente interno o Centro cirúrgico e ambiente externo a instituição.

Com base no exposto, o estudo tem como objetivos: conhecer o processo de implementação da lista de verificação de cirurgia segura em centro cirúrgico de um hospital federal e analisar o processo de implementação da lista de verificação de cirurgia segura em centro cirúrgico de um hospital federal, através da matriz SWOT.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O cenário do estudo foi o Centro Cirúrgico de um Hospital Federal situado no Município do Rio de Janeiro.

A amostra totalizou 56, compondo cirurgiões das seguintes especialidades: 06 da ortopedia, 03 da vascular, 06 da urologia, 10 da cirurgia geral e 09 anesthesiologistas. Da equipe de enfermagem, são 08 Enfermeiros, 12 Técnicos e 02 Residentes.

Os participantes foram os profissionais de saúde, que atuavam no Centro Cirúrgico. Os critérios de inclusão foram: ter vínculo com o hospital e atuar no centro cirúrgico por no mínimo 15 dias; os critérios de exclusão: ser acadêmicos de enfermagem e medicina, profissionais que não pertençam ao quadro profissional de saúde do centro cirúrgico, como radiologia, banco de sangue e laboratório.

Os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde continham informações sobre o projeto, os objetivos da pesquisa, nome dos autores e telefones para contato. Os que aceitaram participar assinaram o termo, ficando com uma via e a outra devolvida aos entrevistadores, e seu anonimato foi preservado.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiestruturado, compondo-se de oito perguntas: profissão, clínica que pertence, se a clínica realizava rotineiramente a

lista de verificação. A pergunta sobre conhecimento acerca da lista de verificação de cirurgia segura, conforme preconiza o Ministério da Saúde continha três alternativas de respostas: baixo conhecimento (já ouvi falar, e/ou não conheço a fundo); médio (conheço, porém, compreendo pouco); e alto (compreendo e conheço a fundo); neste item pedia-se que marcassem em quais momentos a lista de verificação deve ser aplicada, sendo as seguintes opções: pré-operatório, transoperatório, pós-operatório, todas as opções anteriores ou nenhuma das anteriores.

Na sexta pergunta do questionário, o participante teria que detalhar os itens pertinentes a cada uma das etapas da lista de verificação de cirurgia segura, cujas respostas continham cinco opções, sendo três opções não conformes com a etapa e duas opções conformes com a etapa. Nosso intuito com essa questão foi averiguar se o conhecimento condizia com o que os participantes afirmaram possuir.

Na primeira etapa propôs-se as seguintes opções: Paciente confirma sitio cirúrgico; alergia conhecida; retirada de todos os adornos; verificar se o paciente está em dieta zero e Marcação do sitio cirúrgico. Sendo as opções conformes: Paciente confirma sitio cirúrgico e Alergia conhecida.

Já na segunda etapa propôs-se as seguintes opções: confirmar verbalmente pelo cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem o procedimento que será realizado; registrar o nome do procedimento; verificar o risco de perda sanguínea; realizar a profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos e verificar risco de aspiração. Sendo as opções conformes: confirmar verbalmente pelo cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem o procedimento que será realizado e realizar a profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos.

E na terceira etapa as opções foram as seguintes: verificar se a contagem dos instrumentais, compressas e agulhas estão corretas; registrar o nome do procedimento; verificar se a segurança anestésica está concluída; verificar a disponibilidade de imagens essenciais e identificar amostra para anatomia patológica. Sendo as opções conformes: verificar se a contagem dos instrumentais, compressas e agulhas estão corretas e identificar amostra para anatomia patológica.

A sétima pergunta, foi relacionada ao ambiente externo, e foi segregada em duas vertentes, sendo elas: letra a, onde se buscava a opinião do participante em relação às ameaças para a implementação da lista; e letra b, em relação às oportunidades para a implementação da lista.

No que diz respeito às ameaças, foram fornecidas cinco alternativas sendo elas: déficit de pessoal; déficit de material (instrumento utilizado); falta de capacitação profissional para a implementação, pelo núcleo de segurança do paciente; mudanças recorrentes de gestão em âmbito hospitalar; e outras. Já no que diz respeito às oportunidades, foram propostas cinco alternativas, são elas: educação permanente voltada à implementação da lista de verificação, ser um hospital de ensino, padronização de acordo com o Ministério da Saúde, pré-requisito para qualidade assistencial e outras.

A questão oito está relacionada ao ambiente interno, e foi dividida em duas vertentes, sendo elas: letra a, para conhecer a opinião do participante em relação às fraquezas para a

implementação da lista; e letra b, relacionada às forças para a implementação da lista.

Sobre as fraquezas, foram dadas cinco alternativas: pouco conhecimento sobre o assunto; na sua opinião não tem importância; escassez de tempo; falta de capacitação profissional para a implementação pelas chefias do centro cirúrgico; e a opção outras. Já no que diz respeito às forças, foram dadas cinco alternativas: melhoria da segurança do paciente; minimizar erros; responsabilidade pela segurança do paciente compartilhada entre a equipe envolvida; disponibilidade da equipe para capacitar-se e a opção outras.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa Excel® versão 2007. Foi realizada análise estatística descritiva simples, utilizando os valores absolutos e relativos para as variáveis categóricas. Para definição das categorias de análise dos dados foi utilizada a matriz SWOT: *forças e fraquezas, oportunidades e ameaças*. Este é um método utilizado como suporte para o gerenciamento e planejamento estratégico. É uma técnica simples que permite a análise mais detalhada, além de possibilitar uma atenção maior ao ambiente que envolve o trabalho.¹⁰ Foi considerado um erro amostral de 10% e nível de confiança de 90%. O período da coleta de dados foi o mês de fevereiro do dia primeiro ao dia 28 do ano de 2018.

O estudo atendeu os princípios éticos e apresenta-se de acordo com a Resolução CNS 466/2012, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Federal dos Servidores do Estado e aprovado com o CAAE nº: 80918617.6.0000.5252.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira pergunta do questionário se referia à profissão. Com isso, obteve-se: o quantitativo de profissionais médicos participantes, totalizando-se em 34 profissionais, lembrando que foram selecionados de acordo com o critério de inclusão já mencionado, sendo: 16% (09) foram da anesthesiologia, 17% (10) da cirurgia geral, 11% (06) da urologia, 11% (06) da ortopedia e 5% (03) da vascular. Já em relação ao corpo de enfermagem foram aplicados 22 questionários, sendo eles: 2% (01) chefe de enfermagem do centro cirúrgico; 13% (07) enfermeiros; 4% (02) residentes de enfermagem; e 21% (12) técnicos de enfermagem. Totalizando-se 56 questionários aplicados.

A partir dos resultados encontrados percebe-se que relacionado ao perfil dos participantes observou-se um maior quantitativo da equipe de enfermagem, sendo o questionário respondido por todos os enfermeiros do Centro Cirúrgico, e por um quantitativo satisfatório de técnicos de enfermagem. Já relacionado aos profissionais médicos, obteve-se um quantitativo maior de residentes, e um número menor dos médicos permanentes. Em relação às clínicas, mesmo levando em consideração um corpo clínico maior de alguns serviços, observou-se maior quantitativo da Cirurgia Geral e Anesthesiologia. Com os dados levantados nas questões acima, verificou-se maior colaboração da equipe de enfermagem, sendo precedida de médicos residentes.

Isto indica menor colaboração de funcionário de cargos hierárquicos mais altos.

Quando questionados se o serviço de lotação a que pertence realiza a lista de verificação, obteve-se os seguintes dados: 64% (36) dos profissionais afirmaram não realizar; 32% (18) afirmaram realizar e 4% (02) não responderam. Fica claro que há baixa aplicação da lista de verificação de cirurgia segura na atualidade, obtendo-se um índice alto de respostas negativas. Este dado corrobora com a necessidade de organização e gestão institucional, de modo a desenvolver e implementar um processo para garantir a execução do ato cirúrgico baseado em práticas assistenciais que minimizem os erros.⁷ Assim, faz-se necessário sensibilizar todo o corpo de profissionais quanto à importância da aplicação e implementação da lista, em especial, através de ações educativas em serviço.

É realizada, no mundo, uma cirurgia a cada 25 pessoas, o que nos mostra a relevância de procedimentos realizados com segurança, visto que, é estimado que as cirurgias que foram realizadas, metade delas acarretaram alguma complicação e até mesmo levaram a óbito, da qual 50% poderiam ser evitados.¹¹

Assim, considerando-se o alto risco para o paciente, deve-se implementar o *checklist* em todos os procedimentos cirúrgicos e invasivos, em todas as áreas onde eles ocorram, independente da sua complexidade. Seu uso pretende aperfeiçoar a assistência no centro cirúrgico em todo o mundo, por intermédio de ações de segurança que possam ser executados por todos os países.¹²

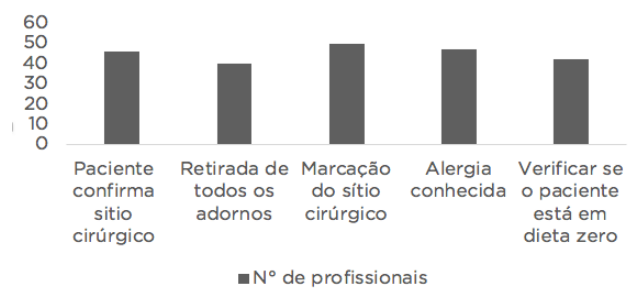
No tocante ao conhecimento dos profissionais acerca da lista de verificação de cirurgia segura do Ministério da Saúde, obteve-se os seguintes dados: 16% (09) responderam que é baixo, 45% (25) disseram médio, 37% (21) responderam alto e 2% (01) não responderam. Percebe-se um maior índice de conhecimento mediano, ou seja, que conhecem a lista, porém compreendem pouco sobre a mesma. A segunda opção mais assinalada foi: o alto conhecimento da lista, onde alegaram conhecer bem e a fundo.

Sobre as etapas onde a lista de verificação de cirurgia segura deve ser aplicada, chegou-se aos seguintes dados: 78% (44) profissionais responderam que deve ser aplicada em todas as etapas (pré, trans e pós-operatório), 16% (9) profissionais responderam somente no pré-operatório, 2% (1) somente no transoperatório, 2% (1) somente no pós-operatório, 2% (1) não responderam. Verificou-se um índice adequado, onde 78% assinalaram a opção que diz “todas acima”, em referência aos três momentos (pré, trans e pós-operatório).

Os cuidados cirúrgicos de cada paciente devem ser planejados e documentados no prontuário, pelas equipes médica e de enfermagem; e em cada fase do processo existem ações a serem implementadas, garantindo uma atuação mais efetiva, uma comunicação eficaz e o sucesso da intervenção, para um efeito satisfatório à saúde do paciente.

O Gráfico 1 apresenta os dados dos participantes quando questionados sobre o conhecimento dos itens verificados na primeira etapa.

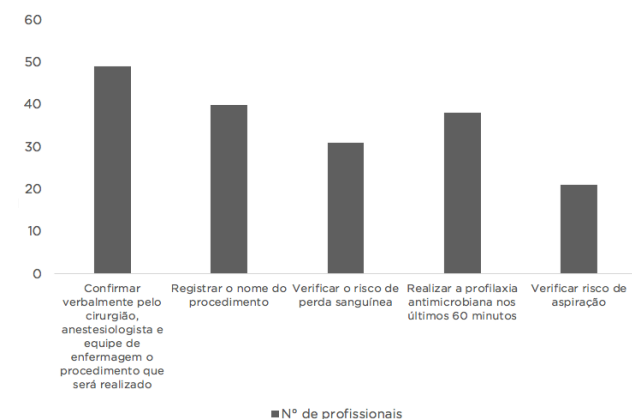
Gráfico 1 - Respostas dos participantes sobre a 1ª etapa (pré-operatório) da lista de verificação de cirurgia segura.



A análise evidencia que 89% (50) responderam marcação do sítio cirúrgico; 84% (47) alergia conhecida; 82% (46) paciente confirma sítio cirúrgico; 75% (42), verificar se o paciente está em dieta zero e; 71% (40) retirada de todos os adornos. As respostas conformes para esta pergunta seriam: paciente confirma sítio cirúrgico e alergia conhecida. Com isso, 82% (46) dos profissionais acertaram em relação ao paciente confirma sítio cirúrgico e 84% (47) acertaram sobre alergia conhecida. Além disso, percebe-se que nenhum participante, marcou apenas as opções conformes.

O Gráfico 2 apresenta os dados dos participantes quando questionados sobre o conhecimento dos itens verificados na segunda etapa da lista de verificação da cirurgia segura.

Gráfico 2 - Respostas dos participantes sobre a 2ª etapa (trans-operatório) da lista de verificação de cirurgia segura.

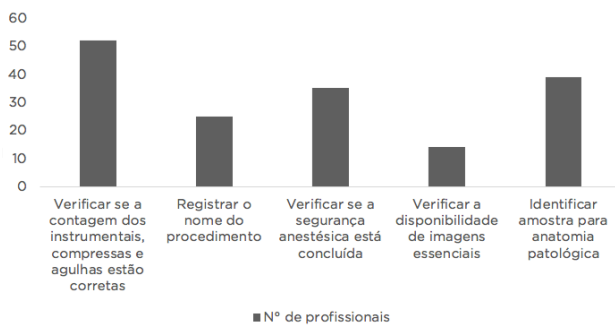


Concluiu-se que 88% (49) responderam confirmar verbalmente pelo cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem o procedimento que será realizado; 71% (40) registrar o nome do procedimento; 68% (38) marcaram realizar a profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos; 55% (31) verificar o risco de perda sanguínea; 38% (21) marcaram verificar risco de aspiração.

As respostas conformes para esta pergunta seriam: confirmação verbal pelo cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem sobre o procedimento que será realizado e quanto à profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos. Desse modo, respectivamente, acertaram 88% (49) e 68% (38) dos profissionais. Além disso, percebe-se que nenhum participante, marcou apenas as opções conformes.

O Gráfico 3 apresenta os dados dos participantes quando questionados sobre o conhecimento dos itens verificados na 3ª etapa da lista de verificação da cirurgia segura.

Gráfico 3 - Respostas dos participantes sobre a 3ª etapa (pós-operatório) da lista de verificação de cirurgia segura.



A análise das respostas mostra que 93% (52) profissionais marcaram verificar se a contagem dos instrumentais, compressas e agulhas estão conformes; 70% (39) responderam identificar amostra para anatomia patológica; 63% (35) marcaram verificar se a segurança anestésica está concluída; 45% (25) registrar o nome do procedimento; 25% (14) verificar a disponibilidade de imagens essenciais. As respostas conformes para essa pergunta são: verificar se a contagem dos instrumentais, compressas e agulhas estão corretas, no qual 93% (52) dos profissionais acertaram e identificar amostra para anatomia patológica, onde 70% (39) marcaram corretamente. Além disso, percebe-se que nenhum participante, marcou apenas as opções conformes.

A análise dos dados permite dizer que, nenhum dos participantes conseguiu acertar em 100% os itens conformes das três etapas. Os profissionais afirmaram possuir conhecimento relacionado a lista de verificação de cirurgia segura, porém quando questionados especificamente sobre as etapas, e as opções pertencentes a cada uma delas, há uma grande confusão, ou seja, não conseguiram distinguir as opções em conformidade com as respectivas etapas pertencentes. O que demonstra pouca destreza ao aplicar a lista, já que não a utilizam rotineiramente.

Com relação às ameaças e oportunidades que dizem respeito ao ambiente externo (a instituição), as respostas foram divididas em duas vertentes no questionário, sendo elas: o que consideravam como ameaça à implementação da lista de verificação de cirurgia segura? e quais as oportunidades geradas pela instituição para a implementação da mesma? Havia a opção de marcar mais de uma resposta e a opção outras, onde o participante poderia sugerir algo de sua percepção.

Em relação às ameaças pode-se concluir que 59% (33) acreditam que a ameaça é a falta de capacitação profissional para a implementação da lista pelo núcleo de segurança do paciente do hospital; 54% (30) consideram o déficit de pessoal da instituição; 39% (22) profissionais acham que é devido as mudanças recorrentes de gestão hospitalar; 23% (13) o déficit de material (instrumento utilizado); 13% (07) disseram outras; 2% (01) não responderam. Os 13% (07) dos profissionais que responderam também que haviam outras ameaças, relataram falta de comprometimento; baixa adesão da equipe; falta de integração com as equipes; ausência de um responsável para iniciar o protocolo no centro cirúrgico;

falta de treinamento prévio; falta de interesse e supervisão inadequada; fornecimento dos impressos para utilização em sala operatória.

Como visto acima, o fator mais assinalado, dentre o que já estavam previamente elaborados foi: “Falta de capacitação profissional para a implementação, pelo núcleo de segurança do paciente”, com 59%. Ressalta-se que o núcleo de segurança do paciente, de acordo com o RDC nº36/2013, é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.”¹³

Destaca-se que 54% dos participantes relataram como ameaça o déficit de pessoal. Recursos humanos apropriados e adequados são críticos para os cuidados ao paciente e seu planejamento (número, os tipos e as qualificações desejadas) é realizado pelos líderes do serviço e devem estar em conformidade com as leis e regulamentos locais.⁸

Alguns especialistas estabeleceram, devido às limitações para solucionar as demandas de recursos humanos e infraestrutura, que a intervenção inicial ideal seria estabelecer protocolos de segurança universais para todas as equipes cirúrgicas e para as salas de operações. Esses protocolos seriam: a implementação da lista de verificação e estabelecer protocolos operacionais nos serviços cirúrgicos.³

Pode-se inferir que os participantes sentem necessidade de treinamento e capacitação. Além disso, a alta direção institucional deverá definir a política para desenvolver e implementar processo de verificação dos 3 certos relativos ao procedimento.

Os hospitais que desenvolvem melhores práticas e buscam o selo da acreditação, devem atender ao padrão que define os elementos de mensuração necessários para educação e qualificação de profissionais. Assim, ressalta a necessidade de um processo de definido para garantir que o conhecimento e as habilidades do corpo clínico estejam de acordo com as necessidades dos pacientes; e proceder a avaliação contínua, garantindo que o treinamento ocorra quando necessário.⁸

Os profissionais da área da saúde, durante sua capacitação, frequentemente não são capacitados para avaliar e prevenir erros. Dessa forma, a educação permanente e a supervisão do hospital são essenciais para possibilitar a esses profissionais crescimento pessoal e profissional.¹⁴

O delineamento de ações educativas em serviço feitas por e para profissionais de saúde, deve privilegiar mecanismos a avaliação da qualidade dos serviços assistenciais, bem como, incentivar a cultura de prevenir os erros, através da interposição de barreiras. A adoção de processos assistenciais sistemáticos e consistentes é a chave para o sucesso dos projetos de melhoria.

Vale ressaltar também que, uma das principais responsabilidades da alta direção hospitalar é apoiar a melhoria da qualidade e segurança do paciente, através de planejamento, recursos adequados e monitoramento. Ressalta-se a necessidade de maior envolvimento dos líderes, afim de promover segurança adequada aos pacientes. A lista de verificação de cirurgia segura, é um instrumento que minimiza os riscos ao paciente, tornando o ato cirúrgico seguro e bem delineado.⁸

Já no que diz respeito as oportunidades geradas pela instituição para a implementação da lista de verificação de cirurgia segura, conclui-se que: 50% (28) dos profissionais diz que é a educação permanente voltada para a implementação; 50% (28) acham que é devido a padronização da lista de acordo com o Ministério da Saúde; 46% (26) consideram por ser um hospital de ensino; 36% (20) consideram que é uma oportunidade por ser um pré-requisito para qualidade assistencial; 5% (3) não responderam.

Ainda, 5% (3) também responderam como outras oportunidades, as quais citaram: que desconhece alguma oportunidade gerada pela instituição para a implementação da lista; não tem nenhuma oportunidade; e a realização de algumas reuniões.

Como visto acima, os fatores mais encontrados foram: “padronização de acordo com o Ministério da Saúde” e “educação permanente voltada à implementação da lista de verificação de cirurgia segura”, com 50% cada uma. Percebe-se que há fatores facilitadores (pela instituição), uma vez que o referido impresso padronizado já foi utilizado no centro cirúrgico. Além disso, no hospital existe uma equipe da educação continuada e do Núcleo de Segurança do Paciente, que são atuantes e colaborativas.

Na 55ª Assembleia da Saúde Mundial em 2002, realização OMS/OPAS, foi deliberada a Resolução WHA55.18, tendo destaque a preocupação com a incidência de eventos adversos, constituindo-se como um desafio para a qualidade dos cuidados, citada como causa evitável de sofrimento humano e alta taxa de perda financeira. Reconhecendo a necessidade de promover a segurança do paciente como um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde, ressalta a necessidade de um programa de qualidade para desenvolver normas, padrões e diretrizes globais para a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente e ainda, definição, medição e notificação de eventos adversos e quase-falhas nos cuidados de saúde.¹⁵

Com relação às fraquezas e forças, que dizem respeito ao ambiente interno (centro cirúrgico), foram divididas também em duas vertentes no questionário, sendo elas: quais as fraquezas da lista de verificação de cirurgia segura? e quais as forças para implementação da lista de verificação de cirurgia segura?”. Havia a opção de marcar mais de uma resposta além da opção do participante marcar “outras”, no qual havia a possibilidade de sugestões de acordo com o seu ponto de vista.

Em relação às fraquezas para a implementação da lista de verificação de cirurgia segura, constatou-se que 59% (33) consideram o pouco conhecimento dos profissionais sobre o assunto; 46% (26) profissionais acreditam que seja a falta de capacitação profissional para a implementação pelas chefias do centro cirúrgico; 25% (14) acham a escassez de tempo para preencher a lista de verificação; 20% (11) optaram também por outras; 7% (4) não responderam; e nenhum participante respondeu que a lista não tem importância.

Os 20% (11) dos profissionais que marcaram “outras”, sugeriram respectivamente: desânimo devido à falta de continuidade; falta de profissionais e falta de interesse real da instituição; déficit de pessoal; realizar ou não o *checklist*,

não gera qualquer cobrança; impressos adequados; Desses 20% (11) profissionais: 4% (2) referiram como fraqueza: a falta de comprometimento; e outros 4% (2) consideram: redução de recursos humanos.

Os dados acima mostram que a opção de maior incidência foi: Pouco conhecimento sobre o assunto, com 59%, além de falta de capacitação profissional para a implementação da lista de verificação de cirurgia segura, com 46%. Com estes dados percebemos que a maior fraqueza apontada está relacionada ao conhecimento sobre a lista, considerável baixo, o que acarreta a falta de interesse relacionada a mesma. Além de, no ponto de vista dos participantes, há escassez de treinamentos voltados para o uso e implementação da lista de verificação de cirurgia segura.

Já no que diz respeito às forças para a implementação, conclui-se que: 89% (50) profissionais acreditam que está na melhoria da segurança do paciente; 84% (47) consideram a minimização de erros; 54% (30) acham que consiste na divisão igualitária de responsabilidade pela segurança do paciente dentre a equipe envolvida; 20% (11) consideram a disponibilidade da equipe para capacitar-se; e 2% (1) marcaram a opção “outras”. Esse profissional relatou que a força para a implementação consiste no cumprimento das obrigações dos órgãos de cobrança, tais como ANVISA e MS.

Os dados acima que tiveram maior incidência de respostas são positivos e corroboram com as diretrizes de organismos nacionais e internacionais que justificam a adoção de práticas cirúrgicas para minimizar os erros e assim, contribuir para segurança do paciente. Tal percepção pode ser um fator motivador para participação em treinamentos, capacitações e em projetos de melhoria.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a não adesão à lista de verificação de cirurgia segura pela maioria dos profissionais, bem como não demonstraram conhecer todas as ações pertinentes à cada etapa.

A falta de capacitação para implementação da lista de verificação foi citada como ameaça e fraqueza. Ainda, referindo-se a ameaça foi citado o déficit de pessoal e como fraqueza, pouco conhecimento sobre o tema.

As oportunidades mais citadas pelos profissionais foram a educação permanente para implementar a lista de verificação de cirurgia segura, seguida da necessidade de padronização. Destaca-se que os membros do Núcleo de Segurança do Paciente, em parceria com alguns líderes, já elaboraram a lista de verificação para aplicação no hospital, como preconizada pelo Ministério da Saúde, entretanto, não é utilizada de forma sistemática e consistente. Outras oportunidades apontadas foram a participação direta de educadores, visando as ações educativas em serviço, com ênfase na atuação do Núcleo de Segurança do Paciente; intervenção das coordenações gerais (médicas e de enfermagem), no sentido de supervisionar a implementação da lista de verificação por todos os profissionais envolvidos.

As respostas expressadas neste estudo nos mostram a pertinência dos participantes em apontar de forma coerente,

as limitações para implementação da lista e em contrapartida nos dizem que ela é um fator para melhoria da segurança do paciente e minimização de erros.

Os referenciais utilizados apontam que a primeira ação para a implantação de ações de melhoria da qualidade nas instituições de saúde é a adoção pelos gestores e lideranças de política para implementação e desenvolvimento de processo para garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto.

Os objetivos traçados no estudo foram alcançados e a matriz SWOT mostrou-se um instrumento eficiente para a categorização e análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>
2. Milagres LM. Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF; 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-cirurgias-seguras-salvam-vidas>
4. Segurança do Paciente. [homepage na internet]. Seis metas internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://segurancaemsaude.wordpress.com/2012/11/25/seis-metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/>
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.20 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/7/9789241598590_por.pdf
6. Ministério da Saúde. Anexo 03: PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>
7. Mafra CR, Rodrigues MCS. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):268-275. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275>. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5038/pdf_1
8. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA, 2014.
9. Valim A, Guidinelli ACIP, Gonçalves C, Malavoti J, Vital L, Pedroni L. O modelo SWOT. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/producao-academica/analise-SWOT/3060/download/>.
10. Silva TCF. Eixo temático: ensino e pesquisa. Análise SWOT potencializando as ações de planejamento do enfermeiro. COFEN [Internet] Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcent/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/116002.E8.T3853.D4AP.pdf>
11. 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. 2013;34(1):71-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>
12. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1):137-148, jan, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>
13. Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA Este texto não substitui o(s) publicado(s) em Diário Oficial da União RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 (Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013) http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
14. Martins GS, Carvalho R. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. Rev. SOBECC, São Paulo. jan./mar. 2014; 19(1): 18-25. Disponível: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/04_sobecc_v19n1.pdf
15. Organização Mundial de Saúde (OMS), Conferência Pan-Americana da Saúde da Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS). Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1

Recebido em: 25/03/2018

Revisões requeridas: 04/07/2018

Aprovado em: 20/08/2018

Publicado em: 17/08/2020

Autora correspondente

Luiza Bonfim Gomes

Endereço: Avenida Maracanã, 1257, Tijuca

Rio de Janeiro/RJ, Brasil

CEP: 20.511-000

Número de telefone: +55 (21) 99477-6903

Email: luiza_bonfim@hotmail.com

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.