

ADESÃO AOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO CIRÚRGICO

Autoria: Camila Darlene Knorst dos Santos^{1*}
Lauri Sérgio Eberhardt^{2**}

RESUMO

Tendo em vista a crescente demanda de procedimentos cirúrgicos, realizados a nível mundial, sua importância como prática terapêutica e de alto índice curativo, o objetivo do presente estudo é: identificar como está a adesão dos profissionais quanto ao protocolo de cirurgia segura após sua implementação. O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar filantrópica, de médio porte, localizada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, utilizando um *software* gerador de indicadores em tempo real, num período de tempo de um ano. A metodologia de abordagem utilizada foi quantitativa, reflexiva, do tipo exploratória e descritiva, desenvolvida a partir de um estudo retrospectivo e a coleta de dados foi realizada diretamente no software. Concluiu-se que, a adesão ao protocolo de cirurgia segura é alta, em torno de 98%, porém, abaixo da meta de 100%. O perfil prevalente do Centro Cirúrgico (CC) da instituição é de mulheres adultas, com média de idade de 42,2 anos, que realizam cirurgias eletivas e em sua grande maioria, de porte médio. O mês com maior taxa de adesão foi junho de 2022, com 100,81% e o mês com menor índice de adesão foi julho de 2021, com 94,31%. A especialidade, com maior frequência de procedimentos executados dentro do período estudado, foi a ortopedia e traumatologia.

Palavras-chave: centro cirúrgico; protocolo; segurança; cirurgia; checklist.

^{1*} Acadêmica do 10º semestre do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas Machado de Assis. E-mail: camilaknorst@hotmail.com

^{2**} Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Machado de Assis. E-mail: laurisergioeberhardt@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos na área da saúde, o número de tratamentos cirúrgicos tem aumentado, sendo estes, considerados uma prática terapêutica de suma importância que aumenta as chances de cura dos pacientes (MARQUIONI *et al.* 2019).

Com base em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que são realizados, no mundo, 312,9 milhões de procedimentos cirúrgicos por ano (WEISER *et al.* 2015).

Afim de reduzir as taxas de morbimortalidade, garantir a segurança dos pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos e minimizar os danos relacionados a esses, a OMS lançou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BRASIL 1, 2013).

O assunto “segurança do paciente” pode ser considerado novo e emergente, sendo evidenciado há pouco mais de 10 anos, porém, as preocupações com a segurança do paciente já existiam há muito tempo antes dos cuidados de saúde atuais, pois Florence Nightingale já afirmava que “a primeira exigência em um hospital é não fazer mal aos pacientes” (FRIESEN *et al.*, 2005).

Cerca de 13% do total de cirurgias mundiais resulta em incapacitação do paciente por algum evento adverso ocorrido no transoperatório. Já a taxa de mortalidade pós-cirúrgica chega a 5% em procedimentos de grande porte. Complicações ocorrem em até 25% dos pacientes e, praticamente a metade dos casos poderiam ser evitados com medidas de segurança simples, como o checklist (OMS 4, 2019).

Como ação de segurança, a OMS recomendou que seja realizada a conferência de uma Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica (checklist de cirurgia segura) antes de cada procedimento. A lista de verificação deve ser preenchida com interação verbal da equipe cirúrgica que irá compor o ato e assim assegurar que os padrões apropriados da assistência estão sendo executados em cada paciente (OPAS, 2014).

Segundo Ferraz (2009), os itens do instrumento que devem ser verificados são os dados do paciente, informações clínicas, disponibilidade de materiais, contagem de insumos e instrumentais e correto funcionamento dos equipamentos.

Conforme o Manual de Implementação da Lista de Verificação da Cirurgia Segura de 2014, o tempo necessário para aplicação do instrumento de verificação é de três minutos para concluir as três fases do processo, coordenado por uma única pessoa, que deve responsável por essa aplicação, sendo profissional participante do procedimento cirúrgico. Esse profissional tem

plena autoridade sobre o ato cirúrgico e está apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, caso algum dos itens esteja em desacordo com o padrão seguro (OMS, 2008).

1.1 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: RISCOS E BENEFÍCIOS, NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS NO BRASIL

A palavra cirurgia provém do latim: *chirurgia*, que o tomou do grego *kheirourgia*, de *kheir*, mão + *érgon*, trabalho. Tem como significado o trabalho manual, a arte ou ofício, no qual se empregam as mãos para a sua execução. Portanto, na área da saúde, utiliza-se esse termo para designar os procedimentos terapêuticos que exigem trabalho manual de uma ou mais pessoas (REZENDE, 2005).

No ramo da medicina, cirurgia refere-se aos processos de tratamento das doenças, lesões, ou deformidades, por meio de intervenções manuais denominadas *operações* ou *intervenções cirúrgicas*. Atualmente o uso da palavra *cirurgia* tornou-se sinônimo de *operação* ou *intervenção cirúrgica* (REZENDE, 2005).

Conforme Dalapicola (2015), as cirurgias podem ser classificadas quanto à urgência cirúrgica, ou seja, o tempo em que necessitam ocorrer, e englobam as cirurgias eletivas, onde o tratamento cirúrgico é proposto, porém, a execução pode aguardar ocasião propícia, podendo ser programada/agendada para melhor data para ambas as partes.

Já as cirurgias de urgência ocorrem quando o tratamento cirúrgico necessita de execução rápida, pondo em risco a saúde do paciente se não forem realizadas em até 24 horas (DALAPICOLA, 2015).

Nas cirurgias de emergência, que demandam atenção imediata, o risco de óbito do paciente é eminente se este não for operado a tempo (DALAPICOLA, 2015).

As cirurgias também podem ser classificadas de acordo com a finalidade do tratamento cirúrgico. Neste caso, denominam-se:

CIRURGIA CURATIVA: quando o objetivo é corrigir a causa da doença, promovendo e devolvendo a saúde ao paciente. Para tanto, às vezes se faz necessária a retirada parcial ou total do órgão afetado;

CIRURGIA PALIATIVA: tem a finalidade de atenuar ou buscar uma alternativa que alivie o dano causado pela doença, mas não à cura definitivamente;

CIRURGIA DIAGNÓSTICA: realizada com o objetivo de ajudar no esclarecimento da doença;

CIRURGIA REPARADORA: reconstitui artificialmente um órgão ou tecido lesado, que sofreu deformidade ou traumatismo;

CIRURGIA RECONSTRUTORA/PLÁSTICA: realizada com objetivos estéticos ou reparadores, para fins de embelezamento (DALAPICOLA, 2015).

As cirurgias podem ainda ser classificadas quanto ao porte cirúrgico ou risco cardiológico (pequeno, médio ou grande porte), ou seja, a probabilidade de perda de fluidos e sangue durante sua realização. Sendo assim, para Dalapicola (2015), ficam definidas como:

GRANDE PORTE: com grande probabilidade de perda de fluido e sangue;

MÉDIO PORTE: com média probabilidade de perda de fluido e sangue;

PEQUENO PORTE com pequena probabilidade de perda de fluido e sangue.

Quanto ao tempo de duração as cirurgias ainda podem ser classificadas quanto a:

PORTE I: com tempo de duração de até 2 horas.

PORTE II: cirurgias que duram de 2 a 4 horas.

PORTE III: de 4 a 6 horas de duração.

PORTE IV: com tempo de duração acima de 6 horas.

Quanto ao potencial de contaminação das cirurgias:

CIRURGIA LIMPA: eletiva, primariamente fechada, sem a presença de dreno, não traumática. Realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Cirurgias em que não ocorreram penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário (DALAPICOLA, 2015).

CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA: realizada em tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nessa categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa (DALAPICOLA, 2015).

CIRURGIA CONTAMINADA: cirurgia realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por microbiota bacteriana abundante, de descontaminação difícil ou impossível, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria (DALAPICOLA, 2015).

Com o passar dos anos, as técnicas cirúrgicas foram aprimoradas, possibilitando o tratamento de diversas doenças, aumentando expressivamente o número de procedimentos e, potencialmente, os erros por eles causados (ZEGERS *et al*, 2011).

A terapia cirúrgica têm sido um componente essencial de cuidados em saúde em todo o mundo há mais de um século, já que, à medida que a incidência de lesões traumáticas, cânceres e doenças cardiovasculares continuam a aumentar, o impacto da intervenção cirúrgica nos sistemas de saúde continuará a crescer (OMS 3, 2019).

A definição de segurança do paciente para Runciman *et al* (2009) diz respeito a reduzir os riscos e os danos ao máximo possível. Qualquer resultado inesperado e indesejável, que seja decorrente da assistência prestada, de planos ou da terapia escolhida para tratamento já é um dano associado à assistência médica e afeta negativamente a segurança do paciente.

Conforme o estudo americano da Fundação Nacional de Segurança do Paciente, esforços substanciais foram desenvolvidos para identificar fontes de erro, executar métricas de segurança e criar iniciativas políticas com o objetivo de sensibilizar e melhorar a segurança cirúrgica. Porém, os resultados, ao longo dos anos, ficaram abaixo do esperado (Fundação NPS, 2015).

Dados registrados no sistema de informação brasileiro mostram que, ao longo de 2019 foram realizadas 4.996.490 de cirurgias eletivas em todo país pelo SUS. No estado do Rio Grande do sul, em 2019, foram 311.277 procedimentos cirúrgicos via SUS (DATASUS, 2020).

Estimativas dos países desenvolvidos indicam que, um em cada dez pacientes sofre um evento adverso enquanto recebe atendimento. Além disso, o risco de danos é muito maior nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos pois o risco de infecção relacionada à saúde, em alguns países em desenvolvimento é vinte vezes maior do que em países desenvolvidos (OMS 1, 2019).

Diversas iniciativas surgiram, a nível global, a fim de proteger o paciente e incentivar as boas práticas de segurança cirúrgica. A nível de país, temos como guia o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013, servindo como base para elaboração de diversos itens de checagem e divulgação de informações inerentes ao tema. (BRASIL 3, 2014).

1.1.1 PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

O Ministério da Saúde em parceria com a Anvisa e a Fiocruz, em 2013, criaram o Protocolo para Cirurgia Segura, que tem como finalidade orientar ações a serem executadas afim de reduzir a mortalidade cirúrgica causada por incidentes e eventos adversos, assegurando

um procedimento eficiente, com sítio cirúrgico correto e paciente correto, utilizando a Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL 4, 2013)

No Brasil, o PNSP estabelece recomendações a respeito da promoção e da segurança do paciente cirúrgico. Os principais objetivos do PNSP são: a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; inclusão dos pacientes e dos familiares em todo processo de hospitalização; ampliação do acesso da sociedade às informações vinculadas à segurança do paciente; expansão e divulgação ampla de conhecimentos sobre segurança do paciente; incentivo ao estudo do tema “segurança do paciente” nas áreas de ensino de Saúde. (BRASIL 3, 2014).

Como ação de segurança, a OMS recomendou que seja realizada a conferência de uma Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica (checklist de cirurgia segura) antes de cada procedimento. Esse instrumento possui o objetivo de orientar a equipe cirúrgica a seguir um padrão de cirurgia seguro e é composto por 19 itens, divididos em três momentos: antes da indução anestésica (sign in), antes da incisão cirúrgica (time out ou parada cirúrgica) e antes do paciente deixar a sala de cirurgia (sign out) (BRASIL 2, 2009).

Conforme o Protocolo para Cirurgia Segura, antes da indução anestésica, com a equipe presente e com o paciente acordado, já na sala em que o procedimento será realizado, o responsável por preencher o instrumento de verificação deverá solicitar ao próprio paciente, que ele fale em voz alta: seu nome completo, nome do procedimento, local do procedimento e nome do cirurgião. Dados técnicos relacionados ao procedimento devem ser conferidos verbalmente neste momento, com o médico anestesiológico e com o cirurgião principal, como: dificuldade para intubação e risco de aspiração, perda sanguínea estimada e alergia conhecida (BRASIL 4, 2013).

O segundo momento de verificação deverá ocorrer antes do cirurgião incisar o paciente e os seguintes passos devem ser seguidos: apresentação da equipe com nome e função; confirmação do paciente correto, sítio cirúrgico correto e procedimento correto; explanação das ações previstas e confirmação de profilaxia antimicrobiana (BRASIL 4, 2013).

No terceiro e último momento de preenchimento do checklist, que deverá ocorrer antes do paciente sair da sala cirúrgica, os insumos como: gazes, compressas, agulhas e instrumentais devem ser conferidos, evitando assim a retenção inadvertida de qualquer um destes itens no paciente; amostras devem ser rotuladas de maneira correta; o plano de cuidados e orientações

no pós-operatório devem ser repassadas neste momento e qualquer situação que tenha relação com a cirurgia deverá ser solucionada (BRASIL 4, 2013).

Cada fase de verificação do checklist, corresponde a um momento importante do fluxo normal de um procedimento cirúrgico e o condutor do instrumento deverá confirmar todos os dados antes de prosseguir para a próxima fase. Se algum item estiver em desacordo, o procedimento deve ser paralisado e o problema deverá ser solucionado (BRASIL 4, 2013).

A lista de verificação deve ser preenchida com interação verbal da equipe cirúrgica que irá compor o ato e assim assegurar que os padrões apropriados da assistência estão sendo executados em cada paciente (OMS 3, 2009). Segundo Ferraz (2009), os itens do instrumento que devem ser verificados são os dados do paciente, informações clínicas, disponibilidade de materiais e correto funcionamento dos equipamentos.

Estudos internacionais evidenciam que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura efetivamente salva vidas. Dados desse estudo mostram que houve redução de 4% em complicações cirúrgicas e 0,7% de diminuição da taxa de mortalidade em instituições que utilizam o checklist (BRASIL 4, 2013).

Frente ao exposto, surge a seguinte questão: **Como está a adesão dos profissionais quanto ao protocolo de cirurgia segura após sua implementação?**

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar como está a adesão dos profissionais quanto ao protocolo de cirurgia segura após sua implementação;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil prevalente de pacientes atendidos dentro do período na instituição;
- Detalhar o mês com maior índice de eficácia na aplicação do checklist;
- Detalhar o mês com menor índice de eficácia na aplicação do checklist;
- Citar as especialidades com maior frequência de atuação cirúrgica.

3. METODOLOGIA

O método pode ser definido, segundo Marconi, Lakatos (2005), como o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimento válido e verdadeiro, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, reflexiva, do tipo exploratória e descritiva, desenvolvido a partir de estudo retrospectivo, para sustentar a busca de informação em documentos e registros de eventos ocorridos no passado, de forma sistematizada, para obtenção de dados fidedignos num período, local e amostra determinada.

Para responder ao objetivo deste estudo, primeiramente buscou-se junto a literatura científica textos que abordaram temáticas referentes a cirurgia segura, e a construção dos protocolos, e a sua aplicação na prática dentro das instituições de saúde.

O local de escolha para o estudo foi a Associação Hospitalar de Caridade Vida e Saúde, localizada na cidade de Santa Rosa, região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Foi redigido a instituição um termo, solicitando autorização para execução do projeto e coleta de dados, sendo autorizado e apoiado pela mesma. Na instituição são realizados procedimentos cirúrgicos de alta complexidade em cirurgia geral, traumatologia, urologia e neurologia, além dos procedimentos de média complexidade, o que perfaz uma média de 9.000 procedimentos por ano.

Os dados foram coletados do *software WeKnow*, utilizado pela instituição, obedecendo ao critério de inclusão, ou seja, do período de setembro de 2021 a setembro de 2022 e todas as informações foram armazenadas no software Microsoft Office Excel®, versão 2018.

Para tanto, utilizou-se como critério de inclusão, os procedimentos realizados dentro deste período de tempo.

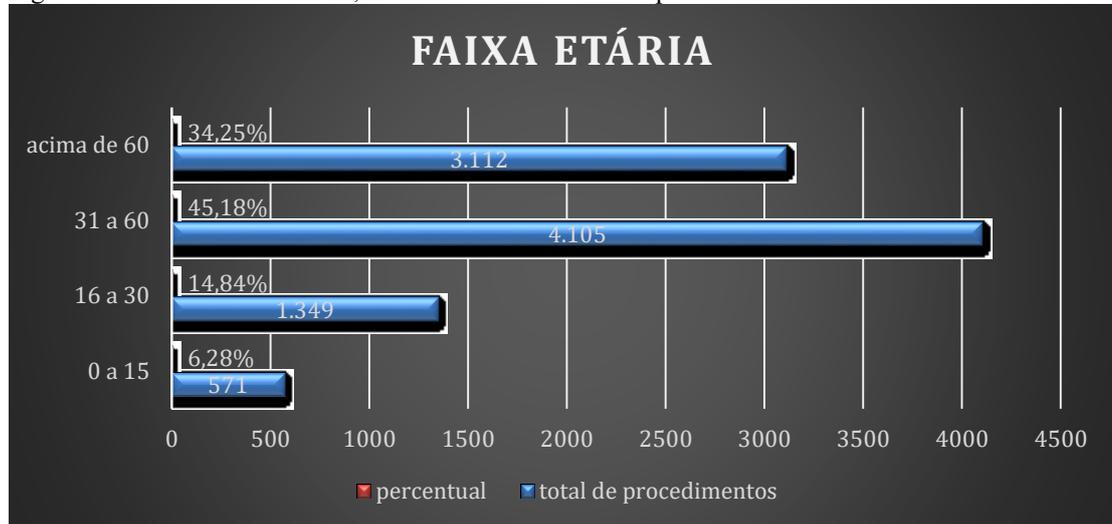
Após, os dados foram compilados e organizados em gráficos, separados por: faixa etária, sexo, porte cirúrgico, caráter cirúrgico, taxa de adesão e principais especialidades.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos dados obtidos pelo *software WeKnow*, durante o período de 01/09/2021 a 30/09/2022, foram realizados em média, 9.085 procedimentos cirúrgicos.

As idades foram agrupadas e, posteriormente, divididas em 4 grupos, dispostos desta maneira: crianças, jovens, adultos e idosos.

Figura 1: Gráfico de faixa etária, dividido em número total de procedimentos e idade em *anos*:



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

Podemos observar, através do gráfico acima, que a faixa etária prevalente dos pacientes cirúrgicos atendidos dentro do período da pesquisa, é de em média 42,6 anos, caracterizando pacientes adultos, dos 31 anos até os 60 anos de idade, totalizando 45,18% dos procedimentos executados.

Em seguida, temos os pacientes idosos, acima dos 60 de idade, com 34,25% do total dos atendimentos no período determinado.

O resultado vai ao encontro de um estudo realizado com pacientes cirúrgicos de um hospital universitário, onde a média de idade foi 42,2 anos (SANTOS et al 2, 2012).

Outro estudo, realizado em um hospital do sertão paraibano, teve como resultado a média de idade prevalente dos pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos de 41,2 anos (PEREIRA et al, 2020).

Ainda, de acordo com um estudo de revisão retrospectiva de prontuários de uma amostra de pacientes operados no período de um ano, a faixa etária prevalente também ficou classificada como adulto, com média de 65,7% dos procedimentos executados (RIBEIRO et al, 2019).

Em relação ao tempo de duração dos procedimentos e a quantidade de perda de sangue e fluídos, temos o porte cirúrgico.

Figura 2: Gráfico de porte cirúrgico, contendo o total de procedimentos, divididos por porte.



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

Analisando o gráfico acima, podemos concluir que os procedimentos prevalentes na instituição, totalizando 43,19%, duram em média de 2 a 4 horas e são de porte médio, com média perda de sangue e fluídos.

Este resultado vai de encontro a um estudo realizado em um hospital geral de referência do interior do Estado de Minas Gerais, que teve como resultado o porte pequeno como prevalente, com 36,2% do total de procedimentos executados (RIBEIRO et al, 2019).

Dentro da análise de perfil dos pacientes, temos as características que definem e diferenciam homens e mulheres, sendo assim, sexo feminino e masculino.

Figura 3: Gráfico detalhando o número total de procedimentos divididos em sexo masculino e feminino.



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

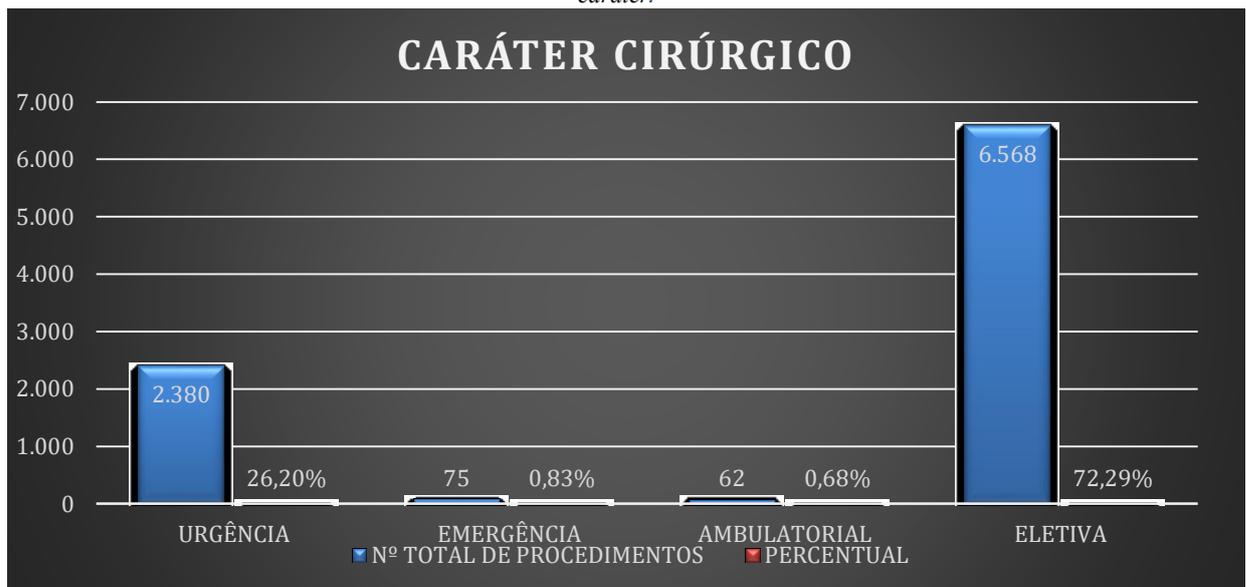
Observa-se, através deste gráfico, que o sexo mais atendido na instituição, é feminino, com 59,40% do total de atendimentos. Já o sexo masculino totaliza 40,60% dos atendimentos.

O resultado vai ao encontro de um estudo realizado em 2012, por Santos et al, com pacientes cirúrgicos de um hospital universitário, onde houve predominância do sexo feminino, com 81% dos atendimentos.

Afirmando o achado, Ribeiro et al (2019), em seu estudo de revisão retrospectiva de prontuários de uma amostra de pacientes operados no período de um ano, reforça a prevalência do sexo feminino, com de 56,7% dos casos cirúrgicos.

As cirurgias são classificadas conforme suas características, neste caso, quanto a prioridade de execução, formando o caráter cirúrgico. Cirurgias eletivas são agendadas previamente, conforme disponibilidade médica e comodidade ao paciente. Já os procedimentos de urgência, requerem atenção e execução em até 24 horas e os de emergência, necessitam de intervenção imediata.

Figura 4: Gráfico relacionado ao caráter cirúrgico, contendo o número total de procedimentos executados, divididos por caráter.



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

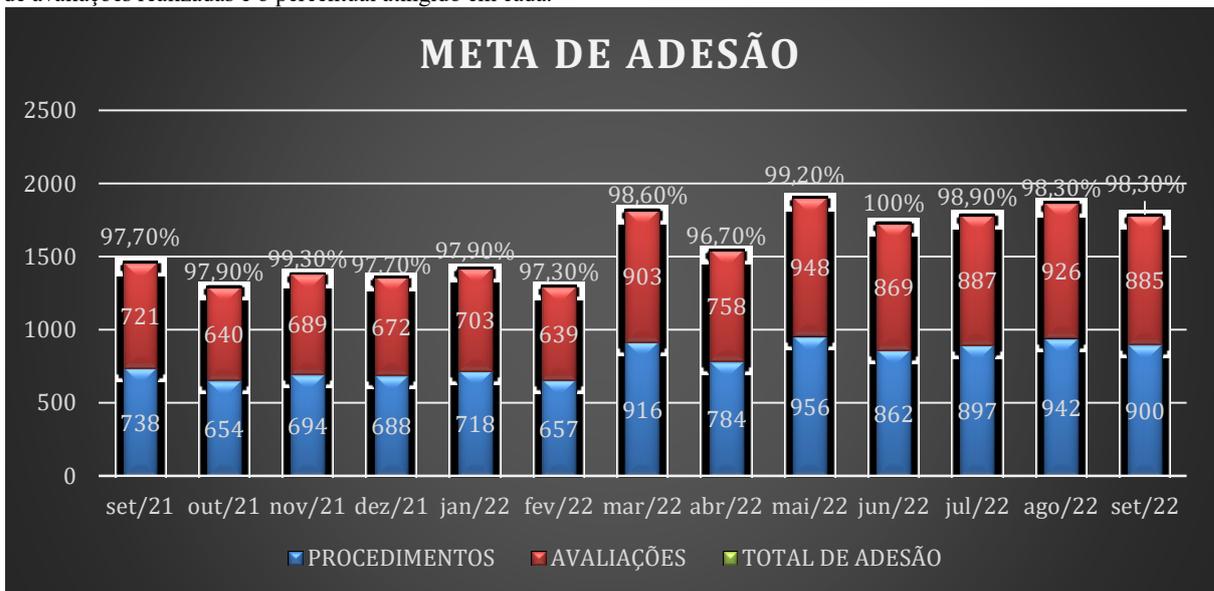
Quanto ao caráter cirúrgico, podemos observar que a maioria dos procedimentos realizados foram os eletivos, com 72,29%.

O resultado obtido na pesquisa e retratado no gráfico, condiz com a realidade de outras instituições de características semelhantes. Um estudo realizado em um hospital de porte médio de Niterói, resultou em 63,9% dos procedimentos com caráter eletivo no ano de 2018 (MELO et al., 2019).

Outro estudo, realizado em um hospital geral de referência do interior do Estado de Minas Gerais, teve como resultado o mesmo caráter cirúrgico desta pesquisa, sendo obtido um total de 71,6% dos procedimentos executados de maneira eletiva (RIBEIRO et al, 2019).

Desde sua implementação na instituição, a meta de adesão ao protocolo de cirurgia segura vem aumentando gradativamente. Em setembro de 2021, a meta de adesão ao protocolo de cirurgia segura era de 100%.

Figura 5: Gráfico referente a meta de adesão, contendo os meses da pesquisa, a quantia de procedimentos executados, a quantia de avaliações realizadas e o percentual atingido em cada.



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

Tendo como objetivo os 100% de adesão, ao observar o gráfico, concluímos que somente em junho de 2022 a meta de adesão foi atingida, com 100%. Nos outros meses, a média foi de 98%, sendo o mês de menor adesão, abril de 2022, com 96,68%.

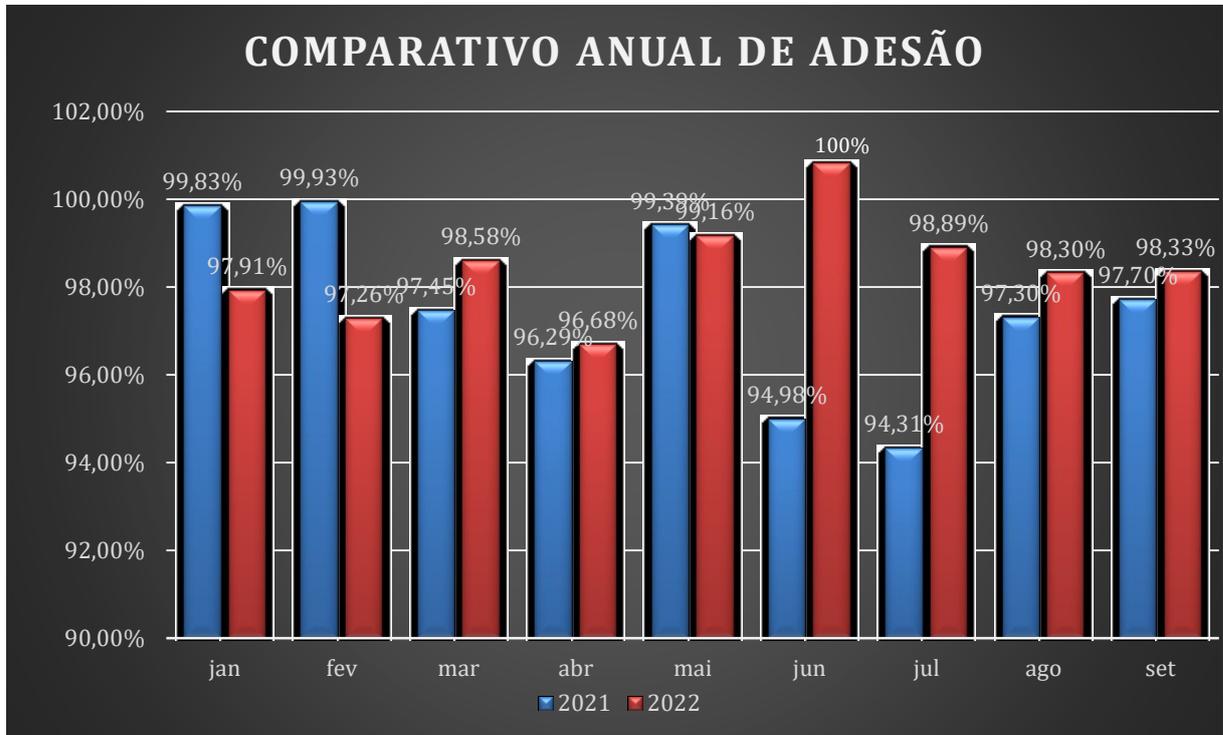
Vale ressaltar que, em junho de 2022, mês onde a meta foi atingida, com 100% do total, tivemos 862 procedimentos cirúrgicos executados e 869 avaliações realizadas. Isto significa que 7 procedimentos foram cancelados após a primeira etapa de verificação devido prováveis diversas causas, dentre elas: falta de condições clínicas do paciente, indisponibilidade de leito de UTI, falta de material adequado, etc.

Ao encontro dos resultados obtidos nesta pesquisa, temos a descrição do estudo de Ribeiro et al (2019), com índice de 95% de adesão.

Estudos internacionais realizados na Inglaterra e Canadá, também encontraram alto percentual de adesão, com valores de 96,7% e 92%, respectivamente (SEWELL et al, 2011).

Este gráfico faz uma comparação de dados da meta de adesão ao protocolo de cirurgia segura, entre os meses de janeiro a setembro, dos anos de 2021 e 2022.

Figura 6: Gráfico de comparativo anual de adesão, contendo os meses da pesquisa e percentual atingido em cada um deles.



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

Podemos observar que, no mês maio de ambos os anos, a taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura foi alta e praticamente equivalente, com 99,39% e 99,16%, respectivamente.

Já no mês de junho, percebemos a maior diferença entre os anos, de quase 6%, onde em 2021, a taxa de adesão foi de 94,98% e em 2022, 100%, atingindo a meta. O mês com menor índice de adesão foi julho de 2021, com 94,31% de adesão.

Um estudo realizado por Haynes et al (2003) concluiu, que a lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS foi associada a melhoras em resultados cirúrgicos, a taxa de complicação pós-operatória caiu em média 36%, e as taxas de mortalidade caíram por uma quantidade similar. Ou seja, a redução dessas taxas sugere que o check list pode melhorar a segurança dos pacientes cirúrgicos em todas as suas etapas, e também em sua recuperação pós anestésica.

Dentre as diversas especialidades contempladas e oferecidas pela instituição objeto de pesquisa, algumas se sobressaem pela quantia e maior frequência de procedimentos executados.

Figura 7: Gráfico em linhas, das principais especialidades e suas frequências cirúrgicas.



Fonte: Santos; Eberhardt, 2022.

Analisando o gráfico acima, observamos que a especialidade com maior prevalência é a ortopedia e traumatologia, com 2.197 procedimentos executados, totalizando 24,48% das cirurgias.

Diante disso, indo ao encontro do resultado obtido acima, temos um estudo dos atendimentos realizados num hospital do sertão paraibano, onde verificou-se que 47,2% dos atendimentos foram decorrentes de traumas, sendo um resultado que interliga as cirurgias mais realizadas como as ortopédicas, onde foram realizados 46,8% dos procedimentos (PEREIRA et al.,2020).

Justificando o resultado, os traumas correspondem ao maior índice de pacientes atendidos e que realizaram cirurgias, sendo eles dos mais variados tipos, como acidentes automobilísticos, queda da própria altura, quedas de prédios, agressões, atropelamentos e ferimento por arma branca. Em países subdesenvolvidos como o Brasil, os principais fatores são os acidentes automobilísticos, que vem se tornando um grande problema de saúde pública, associados a práticas erradas, como o não uso de capacetes ou cintos de segurança, além da segurança inadequada no trânsito, entre outros (SOLLER et al, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de conhecimentos surge a partir da pesquisa e se destina a orientar as práticas de enfermagem melhorando e qualificando a prática profissional e a qualidade de vida

da população assistida pela categoria. Nessa perspectiva, este trabalho procura acrescentar novos conhecimentos sobre a segurança do paciente no processo perioperatório, evidenciando a importância da aplicação de checklist da cirurgia segura.

A realização deste processo no cotidiano do trabalho das equipes, onde ambos trabalham almejando o mesmo objetivo, e embasados na legislação vigente prevista para as categorias, revela a aplicação na prática de todo o checklist, no processo cirúrgico voltado há segurança do paciente, levando todos envolvidos no processo a construir uma bagagem de conhecimentos técnicos, práticos e teóricos, uma vez que, cada membro da equipe gera um significado exclusivo para cada tempo reservado a aplicação do protocolo.

Na análise dos gráficos observamos que, os dados estão dentro dos índices normatizados pelos protocolos do Ministério da Saúde, conduzindo ao momento da análise interpretativa ou hermenêutica, possibilitando o desenvolvimento de novas ações para a implementação e a construção dos pilares da segurança, para com isso, iniciar a busca do conhecimento e esta pode ser interpretada como sendo, um elo entre a teoria-prática-e-segurança dos processos cirúrgicos.

Podemos afirmar que a implementação e aplicação dos protocolos, é responsabilidade dos gestores das instituições, necessitando incidir sobre a atividade do profissional que desenvolve a atividade, criando condições favoráveis de segurança no desenvolvimento do seu trabalho diário, ou seja, tendo como finalidade garantir um processo cirúrgico mais seguro, ancorado no que tem de mais novo e seguro na atualidade.

Desta forma, o tema possui grande relevância devido ao fato de tratar de segurança cirúrgica, pois mesmo com grandes avanços na área da saúde, a cirurgia ainda se configura em muitas situações, como o único tratamento para diversas comorbidades.

A partir da pesquisa realizada, concluímos que, na instituição correspondente, a adesão ao protocolo de cirurgia segura é alta, porém, abaixo da meta, tendo à atingido somente em um único mês dentro do período estudado, sendo este, junho de 2022.

O perfil prevalente do CC da instituição é de mulheres adultas, com média de idade de 42,2 anos, que realizam cirurgias eletivas e em sua grande maioria, de porte médio.

O mês com maior taxa de adesão foi junho de 2022, com 100,81%. Já o mês com menor índice de adesão foi julho de 2021, com 94,31%.

A principal especialidade, com maior frequência de procedimentos executados dentro do período estudado, foi a ortopedia e traumatologia. Conhecer a adesão ao instrumento é importante para identificar como essa ferramenta vem sendo utilizada na assistência cirúrgica,

indicando potencialidades e fragilidades que podem ser gerenciadas para que o checklist produza o impacto esperado na segurança do paciente cirúrgico.

Sabemos que este estudo está longe de esgotar o tema proposto e em momento algum, essa foi a pretensão, pois há muito ainda a ser trabalhado. Buscamos, portanto, consolidar um pouco mais o conhecimento da cirurgia segura e seus passos. Fica evidenciado que o resultado final da pesquisa deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa, servindo de subsídio para a busca de novas pesquisas na área, levando em conta a subnotificação de acontecimentos, e conseqüentemente, de dados, que são a base dos indicadores, elementos principais da pesquisa.

Desta forma, concluímos que o presente estudo foi útil para a área da saúde, principalmente para a enfermagem cirúrgica, na medida em que temos como pretensão maior, despertar o interesse pelo assunto e, em vista dos dados levantados, tentar conscientizar a população e as equipes quanto à importância do conhecimento.

REFERÊNCIAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality's, Patient Safety Network (AHRQ PSNet). Glossary. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/glossary> Acesso em: 17 nov. 2020.

ALFREDDOTTIR et al. Nursing and patient safety in the operating room. J Adv Nurs, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x> Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL 1 - Ministério da saúde: Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013; 2 abr. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL 2 - Ministério da saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL 3 - Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasil,

2014. Disponível em:
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL 4 – Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz: PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA, 2013. Disponível em:
[file:///C:/Users/Server/Downloads/prote_cirurgiaSegura%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Server/Downloads/prote_cirurgiaSegura%20(1).pdf) Acesso em: 20 nov. 2020

COSTA, Maria Francinete Lima (2019). A IMPORTÂNCIA DO CHECKLIST PARA OBTENÇÃO DE UMA CIRURGIA SEGURA: um estudo em um hospital público em São Luís – MA. Disponível em:
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28019/1/relatorio%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20Francinete.pdf> Acesso em: 15 nov. 2020.

CROTEAU RJ. Wrong-site surgery in surgical patient safety: essential Information for surgeons in today's environment. Chicago: American College of Surgeons; 2004. Acesso em: 15 out. 2020.

DATASUS - Ministério da Saúde / Departamento de Informática do SUS:2020 Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def> Acesso em 18 nov. 2020.

DALAPICOLA, Carlos Magno Pretti. DO PARECER Necessidade de Médico Auxiliar nos Procedimentos Cirúrgicos Porte 1. Processo Consulta nº 034/2013 - PARECER CONSULTA Nº 006/2015. Vitória, 28 de abril de 2015. Disponível em:
https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/ES/2015/6_2015.pdf Acesso em 08 jul. 2022.

FERRAZ, EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir. 2009;36(4):281-2. Disponível em:
file:///C:/Users/Server/Downloads/cs_exigenciaNoSeculoXXI_EdmundoFerraz.pdf Acesso em: 14 out. 2020.

FREITAS et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000100137&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 17 nov. 2020.

FRIESEN et al: O papel do enfermeiro na promoção de uma cultura de segurança do paciente: Center for American Nurses; 2005. Disponível em: ana.nursingworld.org/mods/archive/mod780/cerole_full.htm Acesso em: 17 nov. 2020.

Fundação NPS (National Patient Safety Foundation - NPSF). Livre de danos: acelerando a melhoria da segurança do paciente quinze anos após “Errar é Humano”. Boston, MA: Fundação Nacional para a Segurança do Paciente; 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conselhos-e-comissoes/cosep-comite-de-seguranca-dopaciente/sugestoes-de-leitura/11385-15-anos-depois-do-erar-e-humano-nspf-2015/file> Acesso em: 17 nov. 2020.

HAYNES, A.B.; WEISER, T.G, BERRY, W.R., et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med, v. 360, n.5, p. 491-499, 2009. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119> Acesso em: 12 dez. 2022.

MARQUIONI, Francielle Souza do Nascimento et al. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. Revista SOBECC, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 22-30, abr. 2019. ISSN 2358-2871. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/437> . Acesso em: 13 out. 2020.

MELO et al: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO: MAPEAMENTO CRUZADO - REV. SOBECC, SÃO PAULO. OUT./DEZ. 2019; 24(4): 193-199. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/issue/view/99/pdf_82 Acesso em: 12 dez. 2022.

O’CONNOR P et al. Surgical checklists: the human factor. Patient Saf Surg; 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1754-9493-7-14> Acesso em: 13 out. 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Checklists save lives. Bull World Health Organ. 2008;86(7):501-2. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/08-010708.pdf?ua=1> Acesso em: 14 out. 2020.

OMS 1- Organização Mundial de Saúde. 10 fatos sobre segurança do paciente. 2019; Disponível em: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html Acesso em 18 nov. 2020.

OMS 2 - Manual de Implementação: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009/ Organização Mundial da Saúde, OMS 2009 – Cirurgia Segura Salva Vidas; tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 20 p. Disponível em: file:///C:/Users/Server/Downloads/Manual_de_Implementao_da_LVSC.pdf Acesso em: 14 out. 2020.

OMS 3 - Organização Mundial da Saúde: Por que uma cirurgia segura é importante, 2019 – Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> Acesso em: 20 nov. 2020.

PARAGUANÁ et al. (2016). Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica. *Enfermería Global*, 15(43), 239-249. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt_administracion1.pdf Acesso em: 15 nov. 2020.

PEREIRA, et al: Perfil clínico epidemiológico dos pacientes submetidos na clínica cirúrgica de um hospital no sertão paraibano. *Brazilian Journal of Production Engineering*, 6(6), Edição Especial “Tecnologia & Inovação na Saúde”, 139-148. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/31429/21524> - Acesso em: 12 dez. 2022.

REZENDE, Joffre M. de. Cirurgia e Patologia - Acta Cirúrgica Brasileira 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000500001> Acesso em: 16 jul. 2022

RIBEIRO et al: Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. *Rev Col Bras Cir* 46(5): (2019). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/stwT35kXjH8LRdtTGK89PNF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 dez. 2022.

RUNCIMAN et al; Rumo a uma Classificação Internacional para Segurança do Paciente: conceitos e termos chave, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 21; 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/1/18/1888152> Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS et al. Epidemiological profile of patients seen in the pre-anesthetic assessment clinic of a university hospital. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942017000500457 Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS et al 2: Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 14, n. 4, p. 922–7, 2012.*

DOI: 10.5216/ree.v14i4.16987. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/16987>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SEWELL, M., Adebibe, M., Jayakumar, P. *et al.* Uso da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS em pacientes traumatizados e ortopédicos. *Ortopedia Internacional (SICOT)* **35**, 897–901 (2011). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00264-010-1112-7> Acesso em: 11 dez. 2022.

SOLLER, et al: Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2016 v.20. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v20/1415-2762-reme-20160005.pdf> - Acesso em 12 dez. 2022.

WEISER TG, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60806-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60806-6/fulltext) Acesso em: 13 out. 2020.

ZEGERS et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg.* 5. England 2011. p. 13. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21599915/> Acesso em: 20 nov. 2020.