

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

SILAINE STÜPP KLINKER

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROTOCOLO
INSTITUCIONAL DE CIRURGIA SEGURA**

**Rio do Sul
2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

SILAINE STÜPP KLINKER

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROTOCOLO
INSTITUCIONAL DE CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Área de Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como pré-requisito parcial para a conclusão de graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Thayse Rosa

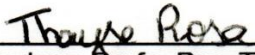
**Rio do Sul
2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

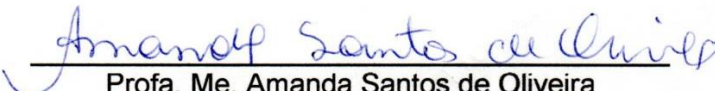
SILAINE STÜPP KLINKER

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROTOCOLO
INSTITUCIONAL DE CIRURGIA SEGURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Área de Ciências
Biológicas Médica e da Saúde do Centro
Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale
do Itajaí, a ser apreciado pela banca examinadora,
formada por:


Orientadora: Profa. Dra. Thaysse Rosa

Banca examinadora:


Profa. Me. Amanda Santos de Oliveira


Prof. Dr. Mark Willian Lopes

Rio do Sul, 29 de novembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida que Ele me concedeu e pela oportunidade de realizar o meu sonho. Sou grata à minha família pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida, especialmente aos meus pais, Waldir e Anacir, por serem exemplos de vida, humildes de coração, tendo dedicação e amor em tudo o que fazem, e por me ensinarem os princípios e valores alicerçados na palavra de Deus. Obrigada por não medirem esforços e me ajudar em toda minha educação.

Também quero agradecer ao meu noivo Melkesedek, minha irmã Simone e seu esposo Jean, sempre estiveram ao meu lado durante o meu percurso acadêmico, me compreendendo nos momentos da minha ausência e me motivando a continuar nesta jornada.

Aos meus colegas e amigos, gratidão pelas vivências e pelos momentos de aprendizados compartilhados.

Deixo um agradecimento a minha orientadora Dra. Thayse Rosa e a coordenadora do curso de Enfermagem Ma. Rosimeri Geremias Farias, pelo incentivo, confiança e pela dedicação. Obrigada por contribuir com a minha formação.

Quero agradecer a minha banca examinadora por contribuírem para meu processo de crescimento acadêmico e profissional.

Por fim, quero agradecer ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí e o seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino.

RESUMO

A segurança do paciente nos centros cirúrgicos remete à preocupação e responsabilização da equipe de enfermagem. Para integrar uma assistência livre de danos, desde 2013 no Brasil, surgiram resoluções, portarias e protocolos que visam a segurança do paciente. O instrumento do checklist é abordado no protocolo, identificando as fases da cirurgia e como estas devem ocorrer durante os procedimentos no centro cirúrgico. A utilização de protocolos nas instituições hospitalares são ferramentas que têm por base a organização, padronização e adequações dos cuidados prestados. Diante disso, é de extrema relevância os profissionais da equipe de enfermagem, habilitados no exercício de sua função, conhecerem e utilizarem o protocolo que estabelece as ações seguras, reduzindo os riscos de eventos adversos ao paciente. Trata-se de uma pesquisa de modalidade descritiva e exploratória do tipo qualitativa. O objetivo da pesquisa é analisar a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura, de um hospital da região do Alto Vale do Itajaí. Desta forma, participaram 15 profissionais, técnicos de enfermagem e enfermeiros do setor do centro cirúrgico. A coleta de dados foi realizada individualmente, por meio do roteiro de entrevista, com perguntas abertas e fechadas. A partir da análise de conteúdo de Bardin, foram organizadas quatro categorias, sendo estas: atuação de enfermagem nas fases do checklist, aplicabilidade do protocolo institucional, contribuições dos profissionais quanto ao uso do protocolo, o conhecimento e a capacitação da equipe de enfermagem. Analisou-se que existe entendimento geral das práticas exercidas no checklist, ferramenta importante na abordagem do protocolo de cirurgia segura, porém, há déficit em algumas questões pontuais perante ao uso do mesmo. Foram observadas entre as falas dos sujeitos, dificuldades entre a relação interpessoal da equipe multiprofissional, falta de profissionais e sobrecarga de trabalho, devido alta demanda de cirurgias. Além disso, observou-se que a maioria dos profissionais entendem da importância da segurança sobre o uso do protocolo, porém, há lacunas quanto aos conhecimentos dos mesmos, podendo comprometer a assistência segura. As capacitações e treinamentos ocorrem esporadicamente, tendo participante que não sabe como são organizados. Portanto, a pesquisa demonstra que existem dificuldades importantes que prejudicam a adesão completa do protocolo institucional de cirurgia segura. As discussões sobre a segurança entre os profissionais de enfermagem devem estar em constante aperfeiçoamento, identificando os cuidados e orientações que a instituição preconiza, facilitando a boa comunicação e convivência no setor.

Palavras-chave: Centros Cirúrgicos. Protocolos. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Patient safety in surgical centers refers to the concern and accountability of the nursing team. To integrate harm-free care, since 2013 in Brazil, there have been resolutions, ordinances, and protocols aimed at patient safety. The checklist instrument is addressed in the protocol, identifying the phases of surgery and how they should occur during procedures in the operating room. The use of protocols in hospitals are tools that are based on the organization, standardization, and adequacy of care. Therefore, it is extremely important that the nursing team professionals, qualified in the exercise of their function, know and use the protocol that establishes safe actions, reducing the risks of adverse events to the patient. This is a qualitative descriptive and exploratory research. The general objective of the research is to analyze the adherence of the nursing team to the safe surgery protocol at a hospital in the Alto Vale do Itajaí region. Thus, 15 nursing professionals, nursing technicians and nurses from the surgical center sector participated. Data collection was carried out individually, by means of an interview script with open and closed questions. Based on Bardin's content analysis, four categories were organized: nursing performance in the checklist phases, applicability of the institutional protocol, professionals' contributions regarding the use of the protocol, and knowledge and training of the nursing team. It was analyzed that there is a general understanding of the practices performed in the checklist, being an important tool in the approach of the safe surgery protocol; however, there is a deficit in some specific issues regarding its use. Difficulties were observed between the interpersonal relationship of the multiprofessional team, and also the lack of professionals and work overload due to the high demand of surgeries. Moreover, it was observed that most professionals understand the importance of safety on the use of the protocol, however, there are gaps in their knowledge, which may compromise the safe care. The capacitation and training occur sporadically, with participants who do not know how they are organized. Therefore, the research shows that there are important difficulties that hinder full adherence to the institutional protocol for safe surgery. Discussions about safety among nursing professionals should be constantly improved, identifying the care and guidelines that the institution recommends, facilitating good communication and coexistence within the sector.

Keywords: Patient Safety. Protocols. Surgical Centers.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CME	Central de Material de Esterilização
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
FO	Ferida Operatória
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MISP	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
SO	Sala Operatória
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação Internacional de Segurança do Paciente.....	17
Quadro 2 – Perfil dos participantes do estudo	35
Quadro 3 – Distribuições das categorias e as descrições que as representam	37
Quadro 4 – Fala dos sujeitos referentes ao checklist	38
Quadro 5 – Fala dos sujeitos referente a admissão do paciente	41
Quadro 6 – Fala dos sujeitos referente a organização dos equipamentos em sala operatória	46
Quadro 7 – Fala dos sujeitos referente a confirmação material estéril	48
Quadro 8 – Fala dos sujeitos referente a revisão verbal dos integrantes da equipe	49
Quadro 9 – Fala dos sujeitos referente a contagem dos materiais	51
Quadro 10 – Fala dos sujeitos referente a aplicabilidade do protocolo	53
Quadro 11 – Fala dos sujeitos referente aos pontos positivos e negativos do protocolo de cirurgia segura	54
Quadro 12 – Fala dos sujeitos referente as dificuldades encontradas.....	56
Quadro 13 – Fala dos sujeitos referente a localização do protocolo institucional ...	59
Quadro 14 – Fala dos sujeitos referente as fases da cirurgia segura	60
Quadro 15 – Fala dos sujeitos referente as capacitações sobre cirurgia segura	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Primeira fase da LVSC	22
Figura 2 – Segunda fase da LVSC	23
Figura 3 – Terceira fase da LVSC	25
Figura 4 – Modelo do Queijo Suíço de Reason	43
Figura 5 – Documentos solicitados na admissão do paciente	44
Figura 6 – Revisão verbal da equipe conforme manual da OMS	50
Figura 7 – Protocolo utilizado na instituição	59
Figura 8 – LVSC conforme manual da OMS.....	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL DE LITERATURA	15
2.1 HISTÓRIA CIRÚRGICA.....	15
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE	16
2.3 LEGISLAÇÃO VIGENTE	18
2.4 CIRURGIA SEGURA	20
2.5 O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	26
2.5 TEORIA DE ENFERMAGEM DE JEAN WATSON	28
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO	30
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
3.4 ENTRADA NO CAMPO	31
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA	31
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	32
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	33
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	35
4.1 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NAS FASES DO CHECKLIST	38
4.2 APLICABILIDADE DO PROTOCOLO INSTITUCIONAL	53
4.3 CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO AO USO DO PROTOCOLO	54
4.4 O CONHECIMENTO E A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66

APÊNDICE 74

ANEXOS..... 79

1 INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais antigos, as cirurgias foram realizadas como prática curativa, entretanto, os procedimentos, em sua grande maioria, não eram praticados com a segurança e cuidados cirúrgicos como atualmente é preconizada. As cirurgias ganharam visibilidade com o passar dos anos, expandindo sua tecnologia e abordagens cirúrgicas, como a cirurgia plástica, a cirurgia para diagnóstico e para outras finalidades, consequentemente, ampliaram-se as demandas ao setor cirúrgico.

Em 460 a 370 a.c., Hipócrates já mencionava a importância do cuidado, tendo uma observação significativa ao intitular o postulado “*Primum non nocere*”, tendo como significado, primeiro não cause danos. Com o passar dos anos, vários estudiosos e teóricos também formalizaram e compartilharam com conhecimentos referente a qualidade em saúde (BRASIL, 2014).

O número de atendimentos no Brasil, na base de dados de 2006, mostrou que 11.315.681 internações ocorreram pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e mais 4 milhões de internações ocorreram em setor privado, obtendo estimativa de 6.126.272 eventos adversos. O cálculo embasado é de quase três eventos adversos em cada dia, em hospitais nacionais (SILVA, 2012).

Identifica-se que o mundo discute sobre segurança do paciente em eventos globais há alguns anos, porém, no Brasil as publicações das legislações foram somente implantadas a partir de 2013, indicando, assim, um atraso considerável, inclusive na implementação, aplicabilidade e adesão completa do protocolo de cirurgia segura no país (TADA; *et al.*, 2020).

É de extrema relevância a discussão sobre o tema de cirurgias seguras, sendo abordados ao nível mundial e nacional, ou seja, em todas as instituições que possuem serviços que permeiam a área cirúrgica, afinal cirurgias seguras salvam vidas. Compreende-se que independente da abordagem cirúrgica ou até mesmo o cuidado mais simples que possa existir, é passível de falha, pois, pessoas cuidam de seres humanos. O evento adverso ou o evento sentinela, trata-se especificamente de incidentes que foram ocasionados devido à falha na assistência que, consequentemente, trouxe danos ao paciente.

À vista disso, surgiu reuniões globais que indicassem o uso de protocolos e checklist de cirurgia segura, para reduzir os eventos adversos ocorridos no mundo. O Brasil também se apropriou de programas, portarias e resoluções que indicassem a

obrigatoriedade, ainda como, disponibilizou protocolo para permitir aplicabilidade nas instituições que ocorrem cirurgias. Sabe-se que o uso do protocolo para segurança cirúrgica é exigido perante a legislação brasileira. Nessa condição, há a necessidade de atualização e adequação nas instituições, visto que as obrigações destinadas aos serviços de saúde são desafiadoras. Logo, a implementação do protocolo de cirurgia segura envolve vários fatores que permitem a sua adesão, como a cultura organizacional, conhecimento técnico e científico e as atualizações sobre a temática.

A utilização de estratégias que facilitam a abordagem correta perante ao paciente e o procedimento cirúrgico a ser realizado, vislumbra etapas que discorrem conforme protocolo instituído no serviço de saúde. Os protocolos servem como base e guia, padronizando as ações necessárias que precisam ser realizadas no momento da assistência, garantindo a segurança tanto do paciente quanto do profissional, ou seja, ela é uma ferramenta de gestão em saúde.

Sabendo-se da importância e da responsabilidade designada para a equipe de enfermagem frente aos cuidados primordiais, e da busca por segmento correto conforme protocolo de cirurgia segura implementado na instituição, surgiu o tema de pesquisa deste trabalho: adesão da equipe de enfermagem do setor do centro cirúrgico perante ao protocolo de cirurgia segura, utilizado em um hospital da região do Alto Vale do Itajaí.

A assistência cirúrgica segura está inserida em um contexto que exprime desafios, pois, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem são membros da equipe de saúde, responsáveis pelos cuidados diretos à uma pessoa que está confiando no serviço designado ao profissional de enfermagem. Portanto, o pressuposto deste estudo é o conhecimento que cada integrante da equipe de enfermagem detém sobre o protocolo de cirurgia segura, estando diretamente relacionada com a utilização adequada em sua rotina de trabalho.

O interesse pelo tema surgiu através da preocupação sobre a segurança do paciente, neste contexto, o setor do Centro Cirúrgico (CC), é uma unidade que possui tecnologias de alta complexidade e em associação o cuidado e assistência humanizada ao paciente. O protocolo direciona um olhar voltado ao indivíduo, abordando aspectos subjetivos do ser humano, facilitando o processo na busca de excelência na prestação do serviço e na arte de cuidar.

Portanto, é viável o objeto deste estudo, cujo propósito é ampliar a segurança da pessoa que está necessitando de cuidados específicos, obtendo relevância e

conciliação ao âmbito acadêmico e social, bem como explanando e consolidando o conhecimento técnico-científico na busca por análises e experiências que permitam a reflexão aprofundada. Permitindo, inclusive, a contribuição para a diminuição ou ausência dos eventos preveníveis.

As repercussões aos eventos adversos e a morte ao paciente submetido ao ato cirúrgico, durante ou após o procedimento, infelizmente não é incomum no Brasil. A Comissão Conjunta Internacional (2020), no mesmo ano de sua postagem, destaca alguns eventos sentinela mais frequentes, correspondendo a: objeto estranho retido não intencionalmente (evento mais frequente em 2019 e 2020), cirurgia errada, paciente errado, local errado, procedimento errado e implante errado. Os mesmos estão fortemente relacionados aos agendamentos, espera pré-operatória, sala de operação e cultura organizacional.

Considerando a importância da qualidade na assistência e a devida utilização do protocolo de cirurgia segura, com o intuito de prevenção a eventos adversos, surge o questionamento que norteia o presente estudo: a equipe de enfermagem atuante no centro cirúrgico possui adesão ao protocolo institucional de cirurgia segura?

Portanto, o objetivo geral do estudo realizado, é analisar a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura de um hospital da região do Alto Vale do Itajaí. Em sua abordagem, os objetivos específicos consistem em identificar a adesão do protocolo utilizado na instituição pesquisada, verificar o conhecimento que o profissional de enfermagem detém diante do protocolo utilizado na instituição, e reconhecer se a equipe de enfermagem recebe treinamentos/capacitações sobre a temática de cirurgia segura.

2 REFERENCIAL DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA CIRÚRGICA

Cirurgia é uma palavra derivada do latim, "*Chirurgia*", oriunda do grego onde *cheiros* significa mãos e *ergon* tem o conceito de trabalho. Ou seja, a cirurgia tem a noção de trabalho que envolve gestos manuais e/ou instrumentais dirigidos pelas mãos do médico-cirurgião (POSSARI, 2011).

A cirurgia permeia grandes eventos históricos, a qual evolui devido a estudos de anatomia e fisiologia a partir do final do século XIX. Neste período, desenvolveu-se quatro grandes fundamentos que nortearam os estudos, correspondendo ao entendimento mais apropriado do corpo humano (anatomia), ao enfrentamento da dor (anestesia), ao controle da hemorragia e conhecimento sobre as infecções, evoluindo as técnicas apropriadas para combater os microrganismos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2017).

Os médicos cirurgiões enfrentaram três desafios: a dor, a hemorragia e a infecção. Nesse contexto, para contribuir com os dilemas enfrentados, as cirurgias ocorriam em qualquer local, como em campos de batalha, nas casas e nos mais diversificados ambientes, sem preocupação com assepsia, facilitando principalmente o desenvolvimento de quadros graves de septicemia (POSSARI, 2011).

Ellison (2017), menciona que Halsted zelava por um tratamento cirúrgico adequado, independente do tempo que o mesmo demandava. Naquele tempo, os médicos cirurgiões optavam por cirurgias rápidas devido a anestesia, mesmo com seus avanços, não colocando em prioridade a melhor acomodação do paciente. Halsted foi uma referência em aplicar técnicas cirúrgicas seguras, mantinha cuidados com a homeostase e delicadeza perante os procedimentos cirúrgicos, diferente das cirurgias rápidas (normalmente 30 minutos), que provocavam lesões em tecidos e perda sanguínea.

Na antiguidade, a cirurgia era retratada como uma atividade de baixo nível e profana, lidando com tumores, cistos, fraturas e gangrenas, diferente dos médicos que realizavam tratamentos clínicos. Em 1773, foi descoberto o dióxido de nitrogênio, Joseph Priestley deduziu que este suprimia a dor podendo associar nas cirurgias. Em

16 de outubro de 1846, oficialmente o primeiro paciente foi submetido a uma cirurgia em Boston, para remoção do tumor em região cervical. O cirurgião John Collins Warren e o anestesilogista William Thomas Morton, realizaram a cirurgia em 25 minutos, utilizando a inalação de gases químicos, chamado éter. O mesmo foi registrado em um quadro pintado pelo pintor Robert Hinckley. Além disso, os instrumentos cirúrgicos eram desenhados pelos cirurgiões, obtendo maior finalidade para o seu uso (POSSARI, 2011).

Muitas inovações ocorreram e ocorrem com a passagem dos anos, como: cirurgias afins de diagnóstico, curativa, robótica, cirurgias com materiais biológicos, identificação de materiais por radiofrequência, sistemas e softwares que facilitam processos manuais e entre outras ações contribuintes. Além da evolução no que diz respeito a tecnologia e descobertas que revolucionaram e facilitaram o processo cirúrgico, a enfermagem com o tempo permitiu avanços na assistência ao paciente, não somente atribuído a sua função com a preparação da sala e dos equipamentos, mas assumir cuidado integral, unindo a alta tecnologia com assistência voltada ao paciente nos períodos perioperatórios e nos demais segmentos em que o paciente é encaminhado (ROTHROCK, 2021).

A cirurgia transferiu de sangria para o uso de tecnologias, que favoreceram as habilidades nos procedimentos cirúrgicos. Com o desenvolvimento, o Brasil também se adequou com a verticalização dos prédios hospitalares, tendo como nome inicial o bloco cirúrgico. O CC é um setor que demanda complexidade, além disso, atualmente pertence a um setor fechado e com normatizações regida através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o seu devido funcionamento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2017).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Conforme a portaria de nº 529/2013, a segurança do paciente tem como significado a redução de riscos que causem danos relacionados a assistência à saúde (BRASIL, 2013a). Já o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, acredita que a segurança do paciente envolve seis atributos com base na qualidade,

compondo segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência, equidade (BRASIL, 2014).

Para tanto, alguns conceitos chaves foram exemplificados e abordados perante a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo estes:

Quadro 1 – Classificação Internacional de Segurança do Paciente

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near Miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: BRASIL, 2014, p. 7.

Para a segurança do paciente, também mobilizou a formação de metas internacionais formalizadas pela OMS e a Comissão Conjunta Internacional. As Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), são estratégias para redução de danos e eventos adversos nos estabelecimentos de saúde. Seis metas foram elaboradas, prevenindo situações que competem às falhas humanas, correspondendo a: identificação de pacientes, falhas na comunicação, erros de medicação, erros em procedimentos cirúrgicos, redução de infecções relacionados ao cuidado e prevenção de quedas (BRASIL, 2017).

Em pesquisa realizada em Nova York, Utah e Colorado, revelaram taxas de incidências dos eventos adversos que ocorriam dentro dos hospitais. Esta mesma pesquisa, apontou que cerca de 100 mil pessoas morriam a cada ano por causa de eventos adversos nos Estados Unidos. Este estudo ganhou grande visibilidade em 1999, com a publicação “*To err is human*” (errar é humano), assumindo o

despertamento para novas ações e contribuições para a segurança no atendimento prestado ao ser humano (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em um estudo realizado por Duarte, *et al.* (2015), em três grandes hospitais localizados no Rio de Janeiro, uma porcentagem de 7,6% apresentou ocorrências com eventos adversos, visto que mais da metade destas falhas eram preveníveis e evitáveis. Infelizmente, há um distanciamento entre o cuidado real, se comparado com o cuidado ideal pretendido pelas instituições e órgãos reguladores.

A partir de muitas buscas e pesquisas frente a segurança do paciente, evidenciou-se a necessidade de iniciar reuniões globais, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde permeou uma discussão importante sobre esta temática. Em 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a OMS aliada a Assembleia Mundial de Saúde, lançou o projeto da aliança mundial, constituída de desafios globais para melhoria das assistências nos serviços de saúde. Em 2007 e 2008, foi discutido sobre a segurança da assistência cirúrgica, para tanto, foi elaborado pela OMS em 2009 um manual. O mesmo constitui-se com orientações importantes e relevantes para a realização das etapas dos procedimentos cirúrgicos, incluindo a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), também chamado de checklist, o manual é uma referência ao nível mundial para os serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

2.3 LEGISLAÇÃO VIGENTE

Visualizando a necessidade de instituir programas, portaria que salientasse a importância da segurança, o Brasil em 2013 obteve grandes avanços na segurança do povo brasileiro. A portaria de nº 529, de 1 de abril de 2013, instituída pelo Ministério da Saúde, estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo os cuidados baseados na segurança do indivíduo e com qualificação dos atendimentos de todos os estabelecimentos de saúde ao nível nacional. Dentre suas competências, fica estabelecido a necessidade de protocolos, guias e manuais, principalmente quando direcionado a procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia, bem como dispor de conhecimentos que beneficiam as práticas de segurança na instituição e amplia o acesso às informações na comunidade, inclusive na formação acadêmica. Para fins de melhorias na segurança, formou-se o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP),

composto por representantes, órgãos e entidades e possui funções diversificadas como, propor o uso de protocolos e validá-los, além de projetos e ações que contribuem para melhorias relacionadas ao PNSP (BRASIL, 2013a).

A portaria retrata da importância da cultura de segurança, identificando o profissional como responsável perante a própria segurança, incluindo a segurança de seus colegas de trabalho, pacientes e os acompanhantes/familiares. A segurança deve ser prioridade maior, configurando-se acima de qualquer meta financeira ou operacional. Além de procedimentos cirúrgicos, o PNSP tem ações referente a prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicação, comunicação efetiva no serviço de saúde, estratégias perante identificação de pacientes, prevenção de quedas e de úlceras por pressão e entre outros (GAITA; FONTANA, 2018).

Devido aos avanços perante a segurança do paciente e após a instituição do PSNP no mês de abril, no mesmo ano lançou-se a portaria de nº 1.377, de 09 de julho, aprovando o protocolo de cirurgia segura, descrito pelo Ministério da Saúde (MS). Juntamente foram aprovados dois protocolos básicos, que dispõe da segurança do paciente, sendo estes a prática de higiene das mãos e a prevenção de úlcera por pressão. Lançou-se a portaria com o intuito de mostrar a relevância e obrigatoriedade no uso dos documentos nos serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde por meio da resolução de nº 36, de 25 de julho de 2013, regida pela ANVISA, dispõe sobre ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, propondo medidas de melhorias na qualidade da assistência. Nas condições organizacionais, menciona a necessidade de obtenção do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com responsabilidades de implementar protocolos relacionados à segurança, desenvolver e acompanhar programas, avaliar e monitorar os incidentes adversos, notificar para o sistema de vigilância sanitária. E também, elaborar estratégias e ações de gestão de risco no serviço de saúde e avaliar as não conformidades, dentre outras competências inerentes à resolução. O NSP possui diversas funcionalidades e o Plano de Segurança do Paciente (PSP) corrobora temáticas e ações para auxiliá-los, como na identificação do paciente, segurança cirúrgica, segurança nas prescrições e uso de medicações, transfusão de sangue e hemocomponentes, prevenção de quedas, processos de gerenciamento dos riscos no serviço de saúde, comunicação adequada com os profissionais e entre outros (BRASIL, 2013c).

A notificação de incidências é de exigência obrigatória para os serviços de saúde, como os hospitais, porém, encontram-se desafios. Os desafios podem estar associados a implementação do PNSP com mais rapidez e eficiência, equipe com diversidade de profissionais capacitados abrangendo o NSP, fortalecer a cultura organizacional baseada na segurança do paciente, discutir sobre o sistema da ANVISA para notificações anônimas por parte dos profissionais, pacientes e familiares. Dessa forma, busca-se ampliar o conhecimento e percepção, fornecendo feedbacks positivos, possíveis reclamações e sugestões para melhorias dentro da instituição e fortalecer o processo de cuidar com segurança (HARADA; *et al.*, 2021).

Conforme Ministério da Saúde, o sistema Notivisa - programa da ANVISA, tem por objetivo notificar os incidentes ocorridos em estabelecimentos de saúde, que possuem o NSP. O estado de Santa Catarina possui 202 núcleos cadastrados, dentre sua maioria hospitais, permitindo que as notificações dos incidentes ocorram através do sistema. Na região sul, possui cerca de 19,5% incidentes, e a macrorregião Sudeste, em sua maioria, com 40% de ocorrências. No Brasil em 2018, foram notificados 103.275 eventos adversos, dentre eles estão 516 casos relacionados às falhas durante os procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2018a).

2.4 CIRURGIA SEGURA

Em 2013, o Brasil lançou o protocolo de cirurgia segura, utilizando de referência o manual da OMS, este tem como finalidade a qualificação do serviço e redução de ocorrências/eventos adversos, diminuindo o índice de mortalidade perante aos procedimentos cirúrgicos, utilizando também a LVSC. Este protocolo torna-se referência no Brasil, servindo de modelo para as instituições de saúde (BRASIL, 2013d).

Pesquisas de 2015, apontam que com a implementação do checklist, foram observadas significâncias consideráveis referente ao uso do mesmo, permitindo diminuição dos índices de complicações, morbidade, tempo prolongado de internação bem como os números de mortalidade (LOPES; *et al.*, 2020).

A utilização da LVSC nos estabelecimentos de saúde é peça fundamental do protocolo de cirurgia segura. É indicada nos locais que ocorrem procedimentos invasivos, com finalidade de diagnóstico ou tratamento cirúrgico, envolvendo os

procedimentos simples e os mais complexos, independente se estiver no centro cirúrgico. A lista fornece sugestões para a implementação e viabiliza condições para a consolidação do sistema de segurança, permitindo a utilização conforme a realidade do estabelecimento. O mesmo é subdividido em três fases, o período que antecede a indução anestésica, o período que antecede a incisão cirúrgica e, por fim, o período pós-procedimento cirúrgico, antes do paciente sair da sala operatória (PIMENTEL; *et al.*, 2020).

Quando a instituição contempla a utilização da LVSC, normalmente é nomeado um profissional da equipe cirúrgica como o coordenador do mesmo, sendo assim, este indivíduo realiza a anotação conforme as etapas existentes. Quando cada etapa for concluída, deve ser verbalizado pela equipe e registrado no checklist. Desta forma, o mesmo é responsável por verificar se as etapas ocorrem de forma íntegra, quando não houver aplicabilidade de um determinado item do checklist, o mesmo identifica como “não se aplica” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A primeira fase compõe o momento que antecede a anestesia, possibilitando a checagem verbal com os indivíduos necessários. Ou seja, o coordenador da lista verificará com o paciente sua identificação correta, procedimento e local correto, além disso, confirmará se os termos de consentimento cirúrgico e lateralidade (caso seja apropriado), estejam de acordo. Além disso, o coordenador deve prestar atenção e observar se o sítio cirúrgico está demarcado e se o oxímetro de pulso está devidamente funcionando. O mesmo possui autonomia de verificar com a equipe médica, em específico o anestesiológico, a avaliação de possíveis riscos como, perda sanguínea, via aérea difícil, risco de aspiração e alergias previamente conhecidas (BRASIL, 2013d).

Figura 1 – Primeira fase da LVSC

Antes da indução anestésica

IDENTIFICAÇÃO

☐ PACIENTE CONFIRMOU

- IDENTIDADE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO
- CONSENTIMENTO

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

☐ NÃO
 ☐ SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?

☐ NÃO
 ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

☐ NÃO
 ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

descartáveis (gazes, soluções, fios cirúrgicos), verificar se os lavabos possuem escova, sabão e antisséptico para a higiene de mãos, ajustar bancos (se necessários), suporte de soro, braçadeiras, hampers, mesas acessórias e entre outros. Também é importante a verificação do carrinho da anestesia, como os kits de intubação e checagem dos circuitos. Identificar os materiais esterilizados específicos da cirurgia, checar embalagens e indicadores químicos. Providenciar folhas de gasto e ficha de descrição cirúrgica, como também, as requisições de exames diversos e do anatomopatológico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2017).

A infecção do sítio cirúrgico é considerada um evento adverso, portanto, torna-se responsabilidade dos profissionais de saúde a segurança de prevenir tais efeitos que podem ter consequências consideráveis perante a saúde do indivíduo. A indicação da utilização de ações para diminuir a incidência de infecção no sítio cirúrgico, são determinadas por inúmeros fatores como, materiais/produtos para a saúde devidamente esterilizados de acordo com as normas, condição do material, lavagens de mãos, uso de luvas, transporte do paciente, limpeza e desinfecção do centro cirúrgico e das superfícies da sala operatória. Todavia, um fator bem importante é relacionado ao uso profilático de antibioticoterapia no período pré-operatório, por isso, a escolha do momento para a administração e a duração do mesmo combatem uma possível infecção, práticas como, manter o controle da glicemia e não realizar a tricotomia (se possível) em local operado, também auxilia no combate (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

O cuidado e o conhecimento por parte da equipe multiprofissional com os pacientes que estão no período operatório, retratam a adesão aos princípios de assepsia cirúrgica, tendo como consequência o controle e a prevenção de infecção, sendo assim, cada integrante da equipe deve manter ética e profissionalismo. Entretanto, mesmo com a alta tecnologia sendo expandida, as infecções do sítio cirúrgico apresentam-se em larga escala, obtendo um longo período de internação, contribuindo com maior taxa de mortalidade. Torna-se um grande desafio a prevenção da infecção, sendo que aproximadamente 60% das infecções podem ser evitadas (ROTHROCK, 2021).

Figura 3 – Terceira fase da LVSC
 Antes de o paciente sair da sala de operações

REGISTRO	
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:	
☐	REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
☐	SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
☐	COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐	SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐	O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)
Assinatura _____	

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009, p. 191.

O último período da LVSC, indica a conclusão da cirurgia antes mesmo de sua saída na sala cirúrgica. O procedimento realizado deve ser novamente descrito, pois, no percurso da operação cirúrgica, pode haver alterações. A contagem de instrumentais, compressas e equipamentos são obrigatórios, devendo igualar com a quantidade exata do início da operação. Se porventura estiver faltando algum material, é importante contabilizar novamente e olhar nos lixos, campos estéreis, na ferida, ou caso precise, realizar exame radiográfico para descartar a possibilidade de ocorrer a retenção inadvertida de material (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

No momento da preparação da SO, cada material deve ser inspecionado, verificando a funcionalidade, desgastes do mesmo e prevenindo riscos desnecessários de lesar o paciente, além de prevenir o aumento do tempo cirúrgico. Durante a preparação das mesas e materiais, é necessário a contagem dos materiais audivelmente, estando dois funcionários participando da contagem. É importante documentar os materiais que sejam acrescentados em mesa cirúrgica. Todos os materiais contabilizados antes da incisão, precisam permanecer na sala operatória

para ser viável a contagem ao final. A contagem não pode ser considerada, se não coincidir o valor da contagem inicial (ROTHROCK, 2021).

Para maior segurança, precisão das contagens e cuidados com os materiais, é recomendado a utilização de caixas de perfurocortante, não sendo colocados em campos estéreis, evitando que fiquem soltos para não ocasionar riscos para o paciente e para os profissionais de saúde. A utilização de recipientes para desprezar as compressas usadas na cirurgia, também é importante, auxiliando na contagem de compressas durante a operação. Além disso, a tecnologia adequada, auxilia nessas condições, obtendo compressas com códigos de barra e com marcadores de radiofrequência, permitindo o uso de radiografias, caso seja necessário (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2017).

Quando é realizado a retirada de alguma peça anatômica/amostra, para encaminhar a análise, como a biópsia, deve-se confirmar novamente o procedimento, sendo preciso realizar a identificação da amostra patológica e a sua devida etiquetagem, anunciando verbalmente o nome do paciente, descrição da amostra patológica, tendo a indicação anatômica, o local e lado de origem e deixar todos os processos devidamente registrados (BRASIL, 2013d).

Antes mesmo da retirada do campo cirúrgico, é necessário planejar a conduta para os cuidados do pós-operatório, como: medicações profiláticas, antibióticos, cuidado com a Ferida Operatória (FO), dieta e todas as informações necessárias para dar continuidade na assistência à saúde. Todas as etapas, evoluções e situações ocorridas no procedimento, devem ser detalhadamente descritas e registradas, até mesmo descrever, se em algum momento teve falha em algum equipamento, deve ser discutido entre a equipe e repassado ao enfermeiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

2.5 O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Propiciar segurança no meio de trabalho, exige elaboração de protocolos que permeiam a contribuição para os serviços de saúde. Um protocolo deve ser

constituído através de profissionais envolvidos que tenham experiência na área e conhecimento técnico-científico, o protocolo deve ter estrutura clara, objetiva e necessita conter evidências científicas. Através das evidências, são justificadas as ações e propostas para a elaboração do protocolo, melhorando as práticas no contexto da enfermagem e equipe multiprofissional (BRASIL, 2018b).

Como responsabilidade do profissional enfermeiro, é apropriar-se de conhecimento e desenvolvimento de estratégias que venham prevenir os possíveis riscos nos serviços de saúde, um dos seguimentos importantes é o protocolo, servindo como base para padronizar os cuidados e assegurar as atividades. O enfermeiro precisa ter uma visão ampla, garantindo que os processos estão ocorrendo sob os cuidados da equipe de enfermagem e multiprofissional de forma segura e eficiente (SIMAN; BRITO, 2016).

Tostes et al. (2016) também cita sobre a importância do caráter respeitoso dentro de uma instituição, portanto, os autores mencionam que o dever da segurança do paciente é essencial para o exercício profissional da enfermagem, não somente como uma obrigatoriedade, mas, como uma satisfação de ser um cidadão/profissional que respeita o código de ética, fornecendo segurança e comprometimento em seus cuidados prestados. O exercício do trabalho às vezes pode ser muito dificultoso e moroso, porém, é necessário cumprir as etapas exigidas com êxito, permitindo um cuidado com segurança e sensatez.

É concernente que os indicadores de qualidade buscam avaliar diretamente a assistência prestada com segurança ao indivíduo, também como, direciona a avaliação da instituição de saúde, através da acreditação hospitalar, serviço ao qual possui a responsabilidade de certificar a instituição com reconhecimento do serviço prestado e/ou fornecidos para os usuários/clientes. Este reconhecimento é avaliado por empresas privadas, credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), ao qual avalia os serviços de saúde. Estudos pronunciaram que as vantagens de ser um serviço acreditado, é o incentivo para melhorias no gerenciamento e a busca pela segurança do paciente, entretanto, a cultura organizacional e a rotatividade de profissionais, tornam-se desafiadores nesse processo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2017).

Conforme pesquisas de Velho e Treviso (2013), os programas do setor de qualidade e acreditação, permitem que os profissionais e clientes sintam-se mais

seguros no momento da assistência, principalmente os profissionais no momento de desempenhar suas atividades. Além disso, a cultura enraizada na instituição perpassa por um processo de transformação, ocorrendo através de ações educativas, com estratégias para melhor implementação e adesão nas atividades.

No que tange à confiabilidade dos procedimentos realizados na sala de operação, é interessante questionar o profissional do CC sobre o quão seguro é os serviços prestados, ao ponto de o próprio profissional submeter-se a operação na instituição onde exerce seu trabalho. Portanto, busca-se instigar a reflexão dos profissionais perante as ações de segurança que são realizadas, permitindo que a cirurgia ocorra com mínimos riscos possíveis (TOSTES; *et al.* 2016).

2.5 TEORIA DE ENFERMAGEM DE JEAN WATSON

Jean Watson nasceu no ano de 1940, em Virgínia Ocidental, diplomada e bacharel em enfermagem, realizou o PhD em psicologia educacional em Boulder, assim como, também é mestre em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. A teorista possui mais de quinze livros, postados desde 2009, com o foco na ciência do cuidado. Os estudos de Jean Watson, contemplam a teoria do cuidado transpessoal (BRAGA; SILVA, 2011).

A teoria do cuidado de Watson, permeia um modelo holístico, assumindo participação do profissional de enfermagem como um ser consciente no processo de cuidar, promovendo a cura e a totalidade do indivíduo. Ela trata o cuidar quase tornando-o espiritual, porém, preserva o uso do sistema tecnológico respeitando a individualidade do ser humano, enfatizando que no ambiente de cuidado-cura, em um modelo altamente tecnológico, é preciso o conhecimento técnico-científico e estabelecer relações entre enfermeira-paciente (POTTER, 2017).

De acordo com Silva, *et al.* (2010), a teoria é enfatizada em ter consciência e significância do cuidar, estar enfermo e o indivíduo ser cuidado/curado. Tem como priorização a saúde, buscando alternativas para preservar a dignidade, humanidade, segurança e harmonia interior. A teoria além de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico, contribui com seus conhecimentos enfatizando o aspecto social e espiritual.

Para Watson, o cuidado pode ser estabelecido quando o paciente e o profissional de enfermagem se englobam em um relacionamento transpessoal, possibilitando maiores chances de desenvolver a cura, pois, somando às duas contribuições, entende-se que o cuidado não é unidirecional e individual, e sim, um conjunto de fatores que auxiliam no melhor desempenho e recuperação de uma pessoa/ paciente (POTTER, 2017).

Para elaboração e construção do modelo de cuidar de Watson, a sua estrutura teórica possui dez fatores essenciais de cuidado, sendo eles:

- 1.A formação de um sistema de valores humanísticos-altruísta;
- 2.A estimulação da fé-esperança;
- 3.O cultivo da sensibilidade para si mesmo e para os outros;
- 4.O desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança;
- 5.A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- 6.O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões;
- 7.A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
- 8.A provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e corretivo;
- 9.Auxílio com a gratificação das necessidades humanas;
10. Aceitação das forças existencial-fenomenológicas. (BRAGA e SILVA, 2011, p. 228-229)

O cuidado da teoria de Watson permite uma maior visão da atuação do enfermeiro, direcionando uma enfermagem com novos rumos e saberes, associando também a relação entre o paciente envolvido em seu cuidar, tornando-o participante neste processo. A crescente tecnologia permite e possibilita maiores atuações e técnicas terapêuticas avançadas, mas o ser humano necessita do cuidado de enfermagem. Por conseguinte, Watson ressalta essa importância do cuidado humanístico, atrelado ao conhecimento do profissional de enfermagem em suas atribuições (BRAGA; SILVA, 2011).

Nesta perspectiva, o setor do centro cirúrgico compõe uma área com inúmeras complexidades, alta tecnologia e com o público com grandes diversidades. Sendo excepcional um cuidado humanizado, abordando o indivíduo em sua integralidade e aliando ao conhecimento técnico-científico, sendo corresponsável na participação do processo de segurança do paciente.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Este estudo é do tipo qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, buscando descrever os conhecimentos e a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura da instituição pesquisada.

Gerhardt e Silveira (2009), afirmam que a pesquisa qualitativa tem por ênfase aprofundar-se e abranger determinado grupo de pessoas, descrevendo os entendimentos e a significância do mesmo com a devida realidade.

Segundo Gil (2017), a pesquisa descritiva objetiva-se em descrever, caracterizar o fenômeno ou população estudada. Portanto, o seu objetivo primordial é a caracterização do grupo, exemplos disso são: sexo, idade, estudo sobre nível de atendimento em uma comunidade, condições de habitação e entre outras descrições.

A pesquisa exploratória, permite um detalhamento e aproximação de maior envolvimento com o problema de pesquisa, envolvendo levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que vivenciam e/ou tiveram experiências com os assuntos salientados na pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa ocorreu no setor do Centro Cirúrgico, em um Hospital Geral situado na região do Alto Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina, Brasil, o mesmo é uma instituição privada e filantrópica.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população da pesquisa realizou-se com a equipe de enfermagem, estando contemplados nesta categoria, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Critérios de inclusão:

- Aceitar participar do estudo;

- Atuar no período diurno;
- Experiência mínima de seis meses;

Crítérios de exclusão:

- Licença maternidade, férias e afastamento;
- Profissionais em que não seja possível o contato;

Dos 29 profissionais potenciais sujeitos de pesquisa, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, alguns não participaram devido as seguintes situações: 01 se desligou da empresa, 01 entrou em Licença Maternidade, 04 participantes estavam no período de experiência, 02 não quiseram participar, 04 desistiram no decorrer da pesquisa e 02 não responderam o formulário. Desta forma, 15 participantes compuseram os sujeitos de estudo.

3.4 ENTRADA NO CAMPO

Conforme autorização e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – (ANEXO A), do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, iniciou a coleta de dados para realizar a pesquisa de campo, sendo convidados os participantes através dos termos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B), respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

O instrumento de coleta de dados é um roteiro de entrevista semiestruturado, utilizando-se de perguntas abertas e fechadas, permitindo respostas amplas e subjetivas frente ao tema proposto (APÊNDICE A), elaborado pela autora. Este instrumento foi apresentado a três profissionais de enfermagem, não fazendo parte da amostra da população pesquisada, sendo convidados via e-mail a participarem do teste piloto, com objetivo de analisar a coesão e coerência do instrumento. Desta forma, o teste piloto foi realizado do dia 05 ao dia 07 de julho de 2021, posteriormente

foi encaminhado para o CEP, com a obtenção da aprovação do instrumento de coleta não foi modificado o mesmo.

Devido à situação pandêmica, foi otimizado as perguntas em um formulário de pesquisa do *Google forms*. A pesquisadora realizou a coleta de dados do mês de agosto até o mês de setembro, onde foi realizada a abordagem dos profissionais na instituição em um ambiente privativo. Com a concordância do participante, foi realizado a leitura do TCLE, também como, a explicação de todo o processo da pesquisa de campo. Posteriormente, com a disponibilização do participante e repassado o endereço de e-mail, realizou-se o envio do link do formulário do Google (link: <https://forms.gle/icDNP4HzbsMY1pKp9>), onde continham as perguntas da pesquisa. A pesquisadora teve dificuldades em localizar os profissionais, em alguns casos, necessitou ir até seis vezes até o Centro Cirúrgico, pois, em vários momentos os mesmos estavam em sala operatória ou não estavam no local.

O e-mail foi encaminhado para o participante e o mesmo se comprometeu em responder no prazo máximo de 10 dias. Somente utilizou-se o endereço de e-mail para fins da pesquisa, assim como, necessitou encaminhar o lembrete para responder o formulário aproximadamente quatro vezes. Ou seja, uma das dificuldades encontradas foi na disponibilidade do profissional em responder o formulário, pois, devido à liberação de cirurgias eletivas no período da coleta, das quais haviam sido canceladas por conta da situação pandêmica, ocorreu maior demanda e impactando diretamente no processo da coleta de dados.

3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a realização da coleta de dados, as informações foram analisadas qualitativamente através da categorização de dados.

Os dados obtidos através do estudo, foram agrupados em uma tabela do Microsoft Excel. A análise de dados teve como base o estudo Laurence Bardin, tendo como ênfase em seu estudo, a organização da análise subdividindo-se em três fases, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento do mesmo (BARDIN, 2016).

A fase da pré-análise é uma fase composta por organização, obtendo algumas missões como, a escolha de documentos que serão submetidos a análise, a formulação de hipóteses e objetivos e a preparação do material. Já a fase de

exploração, contribui como a fase da análise propriamente dita. Dos resultados encontrados, busca-se realizar um tratamento das informações, permitindo resultados significativos e fiéis (BARDIN, 2016).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O trabalho é norteado através da Resolução N° 466, 12 de dezembro de 2012, realizada pelo Conselho Nacional de Saúde, onde vislumbra o comprometimento ético e legal para a realização de pesquisas com seres humanos e os direitos assegurados à população pesquisada, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa obteve comparecer consubstanciado do CEP (ANEXO A), foi aprovado constando no número do protocolo 4.865.896, portanto, com o parecer aprovado, o mesmo foi iniciado.

Para a realização da pesquisa, foi abordado os profissionais de saúde da equipe de enfermagem do centro cirúrgico, os quais foram devidamente orientados quanto ao projeto, incluindo o tema, finalidade, objetivo, justificativa, riscos e benefícios. Também se enfatizou a garantia do anonimato e sigilo das informações. Portanto, perante a assinatura do TCLE, com a disponibilidade e voluntariedade do participante, o mesmo passou o e-mail para envio do formulário de pesquisa. Após a leitura do termo, o profissional assinou em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra com o participante, considerando que a pesquisadora deixará arquivado durante cinco anos. Quando o profissional não teve interesse em continuar a participar da pesquisa, respeitou-se o desejo do indivíduo em todo o momento.

Os dados coletados foram utilizados somente pela autora do estudo, com a finalidade de desenvolver elementos importantes para a produção da pesquisa, podendo resultar em contribuições em artigos e publicações.

Este estudo apresentou riscos mínimos ao sujeito submetido à pesquisa, levando em consideração os riscos de constrangimento pessoal. Evitando qualquer dano ao profissional, as informações e apresentação do documento (TCLE), foram realizadas em um ambiente que favoreceu a não interrupção ou pessoas presentes no mesmo momento. No instrumento de coleta, os dados obtidos foram dispostos em enumeração, conforme ordem de recebimento do roteiro de entrevista, substituindo o nome pelo número, garantindo o anonimato do participante. Entendendo-se sobre os

riscos reduzidos da pesquisa, caso ocorra o indevido, o pesquisado seria encaminhado pelo pesquisador para apoio psicológico, porém, não necessitou em nenhum momento de apoio psicológico, para nenhum participante da pesquisa.

Além disso, a pesquisa também apresentou riscos mínimos à instituição do hospital, tendo risco de exposição da instituição. Para respeitar os princípios de confidencialidade, foi preservado a identidade da instituição na divulgação dos resultados, tendo sigilo do documento institucional, também como, não foi citado os nomes dos profissionais que ali atuam, assim como, o nome do hospital.

Os benefícios para o sujeito da pesquisa, trouxeram reflexão sobre a temática do estudo tanto pessoal quanto profissional, permitindo ampliação de novas discussões dentro do serviço de saúde, também como novas ações que possam contribuir com os sistemas dentro da instituição. Neste caso, a pesquisa realizada pode ser vista como uma oportunidade de abranger sobre o assunto de protocolo de cirurgia segura e a devida adesão, possibilitando uma assistência segura na cirurgia realizada.

Caso o participante tivesse interesse em contemplar o resultado da pesquisa, a população pode visualizar o trabalho na amostra acadêmica ou acessar na banca examinadora do trabalho de conclusão do curso.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 15 profissionais de enfermagem compuseram os sujeitos de pesquisa, portanto, mais da metade participaram do estudo, contribuindo com a construção de uma temática importante sobre segurança ao paciente.

O quadro abaixo apresenta a caracterização dos sujeitos de pesquisa.

Quadro 2 – Perfil dos participantes do estudo

Sujeito de pesquisa	Sexo	Faixa-etária	Estado Civil	Função	Escolaridade	Tempo de trabalho no CC
1	Masculino	De 30 a 40 anos	Casado	Técnico de Enfermagem	Ensino médio completo	De 5 a 10 anos
2	Masculino	De 20 a 30 anos	Solteiro	Técnico de Enfermagem	Superior incompleto	Menos de 3 anos
3	Masculino	De 20 a 30 anos	Solteiro	Técnico de Enfermagem	Superior incompleto	Menos de 3 anos
4	Feminino	De 20 a 30 anos	Solteira	Técnica de Enfermagem	Superior completo	De 5 a 10 anos
5	Feminino	De 20 a 30 anos	Casada	Técnica de Enfermagem	Superior incompleto	Menos de 3 anos
6	Feminino	De 50 a 60 anos	União Estável	Técnica de Enfermagem	Ensino médio completo	Menos de 3 anos
7	Masculino	De 40 a 50 anos	União Estável	Técnico de Enfermagem	Ensino médio completo	De 5 a 10 anos
8	Feminino	De 20 a 30 anos	União Estável	Técnica de Enfermagem	Ensino médio completo	Menos de 3 anos
9	Masculino	De 20 a 30 anos	Casado	Técnico de Enfermagem	Superior completo	De 5 a 10 anos
10	Feminino	De 40 a 50 anos	Solteira	Enfermeira	Pós-graduação	De 5 a 10 anos
11	Feminino	De 40 a 50 anos	União Estável	Enfermeira	Pós-graduação	Menos de 3 anos
12	Masculino	De 30 a 40 anos	Solteiro	Enfermeiro	Superior completo	Há 1 ano
13	Feminino	De 50 a 60 anos	Divorciada	Técnica de Enfermagem	Ensino médio completo	Mais de 20 anos
14	Feminino	De 30 a 40 anos	União Estável	Técnica de Enfermagem	Pós-graduação	De 5 a 10 anos
15	Feminino	De 30 a 40 anos	Solteira	Técnica de Enfermagem	Ensino médio completo	De 5 a 10 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Nesse contexto, podemos visualizar que de acordo com os dados da pesquisa, ambos os sexos são prevalentes, o que mostra um perfil diferenciado neste setor. Outra característica que se destacou foi a faixa-etária diversificada, sendo predominante a idade maior de 30 anos. A maioria tem como estado civil casado/união estável.

De acordo com Machado (2017), há muitas décadas observou-se a predominância do sexo feminino na atuação de enfermagem, tradicionalmente a enfermagem ficou conhecida por sua feminilização na área da saúde. Entretanto, com a modernização e o crescente surgimento de nova tendência na equipe de enfermagem, registra-se uma pequena porcentagem do sexo masculino. Em consonância, a faixa-etária do perfil da enfermagem possui uma grande população de profissionais jovens.

Ainda sobre o perfil da enfermagem do centro cirúrgico, compuseram 3 enfermeiros neste estudo, podendo visualizar que a função predominante é a do técnico de enfermagem. Portanto, os enfermeiros líderes das equipes, possuem uma tarefa importantíssima de promover a segurança ao paciente juntamente com seus liderados.

Mais de dois milhões e meio de profissionais auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros estão com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) ativos no Brasil, grande parte desta população são auxiliares e técnicos de enfermagem, com o número aproximado de dois milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 25% deste número é composta por enfermeiros (BRASIL, 2021).

O enfermeiro possui a função de liderança, desta forma, coordena uma equipe que possui pessoas treinadas e capacitadas tecnicamente para atuar nos cuidados frente ao paciente. Além disso, analisando o perfil da equipe multiprofissional, predomina-se a equipe de enfermagem nos ambientes, sendo indispensáveis para a promoção da segurança ao paciente, devido à constante proximidade no decorrer do cuidado (ZIMMER, 2014).

Quando analisamos a escolaridade dos 15 participantes, verificou-se que 4 possuem ensino superior incompleto, 05 possuem graduação, sendo que 02 são de outras áreas de atuação. Analisando o tempo de atuação em centro cirúrgico, podemos verificar que a maioria possui experiência acima de 5 anos.

Fica evidente que as características dos profissionais que ali atuam, são de ampla experiência e vivência. A experiência nas atividades contribui para a assistência

na saúde, mas, é necessário sempre estar desenvolvendo novas contribuições, atualizações e ferramentas frente a busca de novos conhecimentos, possibilitando maior direcionamento com a assistência baseada em segurança e proporcionando condutas éticas e responsáveis.

Conforme Jean Watson descreve em sua teoria, o atendimento às pessoas/pacientes é associado aos cuidados físicos/fisiológicos, realização de procedimentos atendendo as especificidades de cada um, entretanto, o cuidado humano é o que eleva a enfermagem, tornando-a capaz da sensibilidade para com o outro e permitir uma comunicação e cuidado que transcendem o emocional e subjetivo da pessoa, tornando a enfermagem autêntica, na busca crescente de desenvolvimento (GEORGE, 2000).

Neste sentido, ter um setor que não tenha rotatividade de profissionais facilita a comunicação, a padronização do cuidado humano e a boa vivência com os profissionais, contribuindo com a assistência prestada.

A preocupação referente a segurança do paciente, já é questionada desde 1963, a precursora da enfermagem, Florence Nightingale, já observava uma relação do paciente com o meio em que o mesmo estava inserido, destacando a estranheza da obrigação que o hospital tem com o paciente, de não causar danos aos doentes. Porém, no Brasil, as obrigações e exigências com a segurança ainda é recente, visto que somente em 2013 iniciou a qualificação do cuidado em saúde, através da portaria de nº 529/2013, obtendo programa nacional de segurança do paciente (MILAGRES, 2015).

Com o propósito de discutir sobre o assunto da segurança, a análise e interpretação dos dados ocorreu após leituras exaustivas. Para melhor apresentação dos resultados, serão descritos em quatro categorias com as respectivas respostas selecionadas, demonstrando as informações que mais se destacaram na análise, considerando que as mesmas serão discutidas ao longo do trabalho.

Quadro 3 – Distribuições das categorias e as descrições que as representam

Categorias	Descrições dos sujeitos da pesquisa
Atuação da enfermagem nas fases do checklist	<i>“Recepção CC recebe confirma dados; Aguarda RPA anestesia avaliação paciente termo consentimento; [...] Na sala confirma dados; [...] Por fim confirmar instrumental e compressas; Anatomia patologica; Avaliação paciente e encaminha para RPA. Obs não d feito confirmação em voz alta” (11)</i> <i>“[...] muitos funcionários não realizam todas essas conferencias” (05)</i>

Aplicabilidade do protocolo institucional	<i>"Na maioria das vezes" (01,06,10,11 e 12)</i>
Contribuições dos profissionais quanto ao uso do protocolo	<i>"[...]mais segurança para o paciente, e profissionais da instituição [...] somos cobrados para arrumar sala rápido termina uma cirurgia e logo na sequência por outra na sala [...]" (07)</i> <i>"Nem todos exercem." (06)</i>
O conhecimento e a capacitação da equipe de enfermagem	<i>"Paciente certo, equipe, procedimento" (13)</i> <i>"Não sei [...]" (03)</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Desta forma, é introduzida os assuntos centrais que nortearão o desenvolvimento da análise ao decorrer do trabalho, de forma mais direcionada em cada categoria.

4.1 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NAS FASES DO CHECKLIST

O protocolo de cirurgia segura, tem como finalidade o direcionamento para aplicação do checklist, sendo este um facilitador e norteador de todo o processo complexo. Quando perguntado para os profissionais como é realizada a aplicação do checklist de cirurgia segura, identificaram-se as seguintes respostas.

Quadro 4 – Fala dos sujeitos referente ao checklist

Participante	Respostas selecionadas
04	<i>"[...] prática direcionada ao paciente em forma de questionamentos [...]"</i>
02	<i>"Preenchidos junto ao paciente, caso não seja preenchido nos andares de internação. [...]"</i>
05	<i>"o funcionário da sala de recuperação faz a admissão, e o circulante preenche os demais campos"</i>
11	<i>"Recepção CC recebe confirma dados; Aguarda RPA anestesia avaliação paciente termo consentimento; [...] Na sala confirma dados; [...] Por fim confirmar instrumental e compressas; Anatomia patológica; Avaliação paciente e encaminha para RPA. Obs não é feito confirmação em voz alta"</i>
08	<i>"[...] risco de perda sanguíneo. [...] se houve algum problema no equipamento."</i>
13	<i>"[...] conferir pulseira se tem consentimento de cirurgia, tem alergia, em jejum, ver marcação de lateralidade ato necessário, checagem carrinho de anestesia, acesso necessário p/ procedimento [...] se houve alguma intercorrência no transoperatório [...]"</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Nas descrições, afirmou-se que o checklist é aplicado de forma prática e objetiva, sendo preenchida pelo profissional que realiza a admissão, posteriormente o circulante é quem se responsabiliza pelo preenchimento. Portanto, é possível analisar

que mais de uma pessoa está responsabilizada por preencher o checklist, necessitando que a equipe esteja em sintonia e com interação eficiente.

A proposta mundial frente a LVSC, é a melhoria da qualidade, praticidade e padronização no uso, garantindo uma segurança para os procedimentos invasivos e complexos que são realizados. Desta forma, o checklist permeia a troca de saberes entre a equipe e o paciente, diminuindo os anseios e o desconforto, contribuindo para a prevenção de eventos indesejáveis, bem como, reduzir complicações e eventos adversos. É indicado que a equipe esteja engajada, de forma que possibilite a contribuição para o preenchimento da lista, sendo que normalmente é realizado pelo técnico de enfermagem (RINALDI; *et al.*, 2019).

Somente uma pessoa descreveu que preenche o checklist quando o setor de internação não o realiza, entretanto, no protocolo está descrito que a função atribuída é especificamente à equipe do CC fazer a anotação no momento do recebimento do paciente, até a sua saída, conforme visa o protocolo institucional.

O manual da Organização Mundial de Saúde publicou o projeto que visa a implementação dos protocolos de cirurgia segura, minimizando falhas que possivelmente são evitáveis, contribuindo com a comunicação e padronização da assistência da equipe multiprofissional, o instrumento do checklist normalmente restringe-se ao setor do CC (VASCONCELOS; MIGOTO, 2018).

Para realizar a checagem do checklist de cirurgia segura, qualquer profissional que participe do procedimento ou do setor do centro cirúrgico, está apto a desenvolver as devidas confirmações das informações do paciente e de seu procedimento, visto que o profissional mais indicado é o enfermeiro do setor do CC (PANCIERI; *et al.*; 2013).

Entretanto, encontramos dificuldades dessa prática no local do estudo. É importante o entendimento de que essa responsabilidade da cirurgia segura é compartilhada e dever de todos os membros que participam do procedimento cirúrgico, e não apenas da enfermagem.

Evidenciou-se, conforme quadro 4, que a confirmação não ocorre verbalmente, não clarificando como é realizada, subentende-se que a confirmação dos dados e informações são observadas e não confirmadas com o paciente e equipe. Isso é uma falha grave, pular etapas do checklist de cirurgia segura coloca em risco a segurança do paciente e equipe envolvida. Conforme protocolo do Ministério da Saúde, suas três fases estão bem descritas onde esse momento deve ser realizado com o paciente

acordado e confirmando os dados, assim como na presença de toda a equipe cirúrgica, evitando procedimento errado, local errado, alergias entre outros eventos adversos.

A LVSC é um instrumento de grandes contribuições para a assistência de segurança do paciente cirúrgico. Porém, alguns processos tornam-se complexos para que a implementação ocorra em sua totalidade, tendo desafios com o envolvimento da equipe multiprofissional. Pois, a lista permite a comunicação e a interação da equipe, principalmente na conferência verbal dos itens que são necessários a serem checados. Desta forma, torna-se indiscutível a atuação da liderança, delegação dos cuidados e responsabilidades dos profissionais atuantes (TADA; *et al.*, 2020).

Para que todas as ações e atribuições designadas no checklist, em associação do protocolo conforme organização institucional sejam de fato ocorridas, a comunicação interprofissional é um dos fatores predominantes. Portanto, a equipe de enfermagem tem um papel essencial na adesão da verificação, se responsabilizando na qualidade da assistência, comunicação com todos os membros da equipe e para com o paciente/familiar, estando capacitado profissionalmente, engajados e responsáveis individual e coletivamente. Isso permite a facilidade ao uso da lista de verificação, que se torna posteriormente um indicador importante quanto a adesão a instituição (OLIVEIRA; *et al.* 2018).

Verificou-se a exemplificação dos cuidados que o profissional precisa observar com o uso do checklist, como a identificação, verificação do equipamento anestésico, marcação da lateralidade, documentos necessários e a realização da punção de acesso venoso periférico, quando necessário para a cirurgia.

Alguns participantes também citaram sobre as atribuições visivelmente observadas na terceira fase do checklist, antes da sutura. Nota-se a contagem do material cirúrgico e controle de compressas, encaminhamento do material anatomopatológico, condições do paciente, risco de perda sanguínea e situações de intercorrência, também como, problemas técnicos com equipamento ao longo da operação. Estes relatos dão muita significância nas atribuições consideradas no protocolo, possibilitando o levantamento de cuidados específicos com paciente, subjetivando a assistência ao indivíduo.

Entretanto, algumas informações não foram citadas nos relatos de nenhum dos participantes, porém, são preconizados no protocolo de cirurgia, tais como:

monitorização cardíaca e de oximetria de pulso, sendo cuidados essenciais da equipe de enfermagem com o paciente em sala operatória.

A monitorização cardíaca e a oximetria de pulso são cuidados direcionados aos pacientes, afim de contribuir com uma assistência segura. Os procedimentos no centro cirúrgico são invasivos e necessitam dos serviços de anestesiologia, desta forma, estes cuidados são complexos e dependem de alta tecnologia, associando com parâmetros que realizam a monitorização dos sinais vitais do paciente e permeiam um cuidado seguro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Desta forma, evidencia-se a importância da monitorização, garantindo a integridade do paciente, objetivando a recuperação em sua totalidade e diminuindo os riscos de mortalidade. O paciente deve estar monitorizado antes do procedimento anestésico e cirúrgico, a equipe de enfermagem necessita estar atenta neste cuidado, inclusive na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) depois do procedimento (SOUZA; SILVA; BASSINE, 2020).

É predominante a subjetividade do paciente, procurando um relacionamento recíproco entre enfermeiro e o cliente, os dois participantes neste processo através de vivências e ações conscientes e intencionais frente a visão de Jean Watson (FREITAS, 2000).

A interação verbal com a equipe e o paciente deve ser algo predominante, evitando que anseios e dúvidas permeiam o processo do cuidado. O checklist é um norteador neste processo, direcionando a confirmação do paciente, sendo um lembrete importante para a interação com o mesmo, buscando a segurança e o cuidado individual com o paciente.

As etapas do checklist são compostas pela recepção do paciente e as três fases da cirurgia segura. Ao questionarmos os participantes o passo a passo de como é realizada a admissão do paciente no centro cirúrgico, extraímos os relatos abaixo.

Quadro 5 – Fala dos sujeitos referente a admissão do paciente

Participante	Respostas selecionadas
01	<i>“Ao ser admitido no centro cirúrgico é realizado uma conferência de dados junto ao paciente e o maqueiro [...] Ao ser identificado qualquer erro, já é providenciado a correção [...]”</i>
02	<i>“Pode ser admito através do hospital dia [...] cirurgia eletiva [...] pode vir da unidade de internação ou P.S. [...]”</i>
06	<i>“Conferência de: paciente certo (pulseirinha), cirurgia certa, marcação de lateralidade quando necessário e termo de consentimento assinado, se está em jejum, se tem alguma alergia a medicações e/ou alimentos, se retirou prótese dentária [...]”</i>
11	<i>“[...] ficha pré operatório [...]”</i>

Durante a admissão do paciente no CC, é necessário existir uma avaliação criteriosa para não permitir que uma cascata de falhas possa ocorrer, neste viés, observou-se nas menções a preocupação da identificação correta, observando o uso da pulseira e/ou confirmação do nome do paciente, além da verificação da marcação da lateralidade e dos documentos como:

- ficha pré-operatória: também mencionada no protocolo como folha boneco (ficha que consta os períodos operatórios e os respectivos cuidados e descrições. Exemplo do momento pré-operatório: tempo de jejum, alergia, prótese, sinais vitais e dados antropométricos);
- consentimento do procedimento assinados (termo que refere a ciência do paciente perante ao procedimento e aos riscos submetidos).

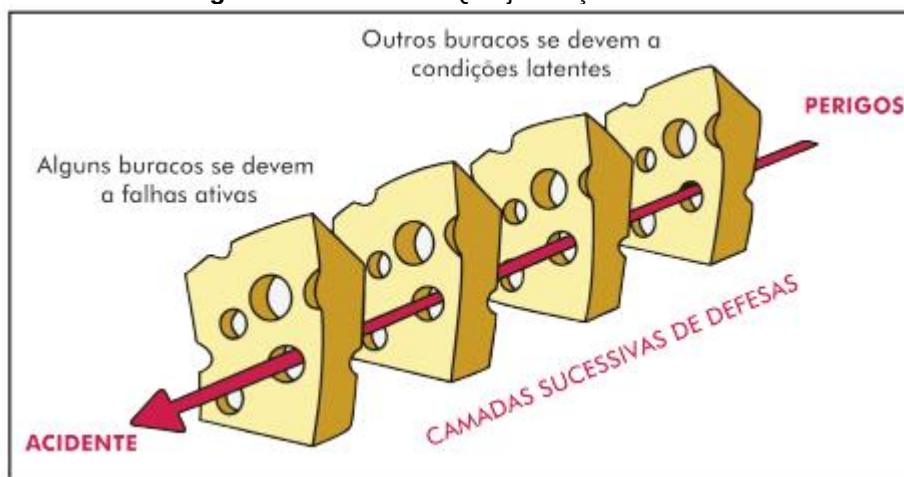
Identificou-se o conhecimento da equipe sobre as diferentes procedências do paciente, seja ambulatorial ou paciente internado. Foi mencionado a conferência das informações, conforme item do protocolo institucional para recebimento do paciente. Além disso, identificou-se que é observado se há falhas no processo da admissão, indicando que a conferência é realizada e corrigida, quando visualizado.

Entretanto, em um dos relatos, observou-se que mais de uma pessoa não possui o hábito de cumprir devidamente as funções na recepção do paciente, não praticando com rigor o protocolo de cirurgia segura e mais uma vez pulando-se etapas, visto que, os profissionais em sua maioria possuem anos de experiência no setor, tendo a necessidade de compreender a rotina e os processos exigidos na instituição. Infelizmente, isso permite que falhas possam surgir nesta primeira etapa evidenciada no protocolo e repercutir em possíveis danos ao paciente que está submetido aos cuidados dos profissionais.

Existem aspectos que são elencados como cruciais para a diminuição de eventos adversos, dentre eles estão: a identificação correta, procedimento correto, demarcação do local onde será realizado o procedimento cirúrgico junto a termos e consentimentos necessários. O momento da admissão do paciente no centro cirúrgico é importantíssimo, conferindo todas as informações de modo que se houver alguma falha, esta possa ser resolvida em tempo hábil (FEITOSA, 2014).

Podemos verificar que a adesão quanto aplicação do protocolo de cirurgia segura na recepção do paciente, não é realizada de forma unânime, tornando-se falha em alguns momentos. É essencial que todos padronizem o cuidado, quando um profissional quebra um protocolo coloca em risco o paciente, assim como, toda a equipe envolvida. É importante identificar as causas que podem ser multifatoriais, pois, estes problemas podem estar instalados na instituição, consequentemente oportunizando falhas nos processos.

Figura 4 – Modelo do Queijo Suíço de Reason



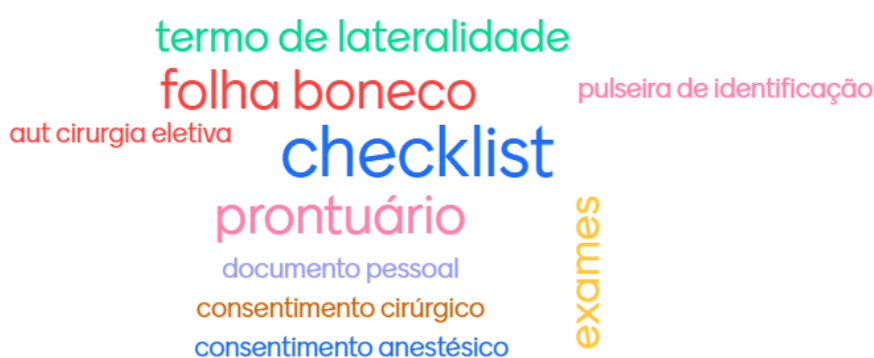
Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021, p. 31.

No modelo do queijo suíço, discutido por James Reason, discorre sobre a importância da segurança, identificando as falhas dos processos dentro de uma instituição. Ele pondera sobre um processo sistemático, em que as fatias do queijo são consideradas como camadas de defesas, quando há furos em suas camadas, as mesmas são denominadas como riscos potenciais, pois, há falhas nas barreiras. Quando as mesmas estão momentaneamente em fila, e se possuem furos na mesma linha, existe a oportunidade de um acidente. É necessário evitar que os riscos potenciais se enfileirem e cheguem ao paciente, a enfermagem por estar em contato direto com o paciente, deve ter uma atenção ainda maior, pois, os acidentes podem ter uma consequência fatal (FERNANDES; *et al.*, 2014).

Neste viés, em todas as etapas são necessários ter uma adesão coerente com o protocolo e na admissão do paciente. Uma das fases do processo em que ocorre o atendimento inicial, é preciso ter atenção para que as falhas sejam evitadas e não corroborem em um evento adverso.

Para analisar de fato a compreensão dos documentos que são importantes na admissão do paciente, foram questionados quais os documentos solicitados e verificados, observando-se algumas respostas similares. Para organizar e obter melhor visualização dos dados, foi utilizado a ferramenta *mentimeter* na modalidade de nuvens de palavras, desta forma, as palavras/frases que mais apareceram nas descrições estão em evidência, enquanto as palavras menos mencionadas, ficaram em tamanho reduzido.

Figura 5 – Documentos solicitados na admissão do paciente



Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Um dos importantes documentos que devem ser organizados no pré-operatório do prontuário do paciente, são: documentos pessoais, autorizações do procedimento, checklist e o consentimento informado. O consentimento da cirurgia é uma declaração formal, que possibilita a permissão da cirurgia e de anestesia, abrangendo todos os detalhes. Além disso, as definições são acordadas entre os médicos (cirurgião e anestesista) junto do paciente (DOHERTY, 2017).

Desta forma, analisou que em muitas solicitações na admissão do paciente, citadas pelos participantes entrevistados, está o checklist, o prontuário, o termo de lateralidade e a folha boneco.

O checklist apresenta os itens sobre o processo da cirurgia que são necessários cumprir e preencher com: “Sim”, “Não” ou “Não se aplica”. Estes itens correspondem a admissão do paciente e as fases da cirurgia segura, sendo estas:

- Recepção no centro cirúrgico;
- Antes do procedimento anestésico;
- Antes do procedimento cirúrgico;
- Antes da sutura cirúrgica.

O checklist foi iniciado pela OMS, onde especialistas formalizaram três etapas cruciais como modelo, para que as instituições pudessem adequar conforme realidade. A implementação do checklist é de baixo custo, sendo viável para a reprodução deste instrumento nas unidades. Nelas, estão compostas ações como: Identificação, corresponde antes da indução anestésica; Confirmação, é direcionada antes da cirurgia, realizando a pausa cirúrgica; Registro, é realizado antes do paciente sair da sala de operações (PANCIERI; *et al.*, 2013).

Já a “folha do boneco”, chamada desta forma pela instituição, caracteriza-se como um formulário institucional dos momentos operatórios, pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Este, permite o preenchimento referente aos momentos cirúrgicos e os devidos cuidados perante a equipe multiprofissional. O termo de lateralidade, é um documento preenchido pelo médico ao qual realiza a cirurgia, nele está descrito o consentimento do paciente perante a cirurgia, indicando a lateralidade do membro ou órgão a ser operado assinado por ambos.

O prontuário do paciente consta as informações básicas da ficha do atendimento, junto com a cópia da documentação pessoal e a prescrição médica e de enfermagem, composta também de evoluções constando sobre o tratamento e os cuidados prestados. No prontuário são anexados todos os documentos necessários, como termos, autorizações e entre outros.

Identificando as informações do protocolo institucional, é visto que os documentos que necessitam estar no prontuário do paciente são: Termo de consentimento procedimento cirúrgico assinados, termo de lateralidade, preenchimento da folha boneco, laudo de autorização para cirurgias eletivas, bem como, impresso o checklist cirurgia segura.

Somente os exames anteriores e/ou solicitados e os documentos pessoais não estão descritos no protocolo, visto que alguns exames estão disponíveis no sistema utilizado no hospital (quando paciente realiza na instituição). Já os documentos como identidade ou certidão de nascimento, são dispostos no momento que fazem a ficha de atendimento, estando anexado ao prontuário.

Jean Watson acredita no cuidado que propõe intervenções conscientes, aumentando a porcentagem de cura e integralidade. Menciona ainda o dever de clarificar o significado do cuidar, estar doente e ser cuidado, priorizando a preservação

da saúde em um todo, além disso, considerando o âmbito do interior de um ser (SILVA; *et al.*, 2010).

Neste sentido, se analisarmos as intervenções conscientes discutidas na teoria de Watson, relacionando com o setor estudado, essas podem ser realizadas através dos protocolos/diretrizes na instituição, permitindo que de fato o cuidado esteja atrelado ao conhecimento das ações que beneficiam o paciente e garantam sua integralidade.

No checklist, identifica-se a necessidade de conferência referente a organização dos equipamentos na sala operatória, visando a segurança e prevenção de qualquer dano que possa surgir, o mesmo é realizada de acordo com os seguintes relatos.

Quadro 6 – Fala dos sujeitos referente a organização dos equipamentos em sala operatória

Participante	Respostas selecionadas
03	<i>“E de responsabilidade de todos os integrantes da sala aferir o funcionamento dos equipamentos [...]”</i>
09	<i>“Esta e uma função designadas pelo circulante da sala [...] nas cirurgias da manhã o residente em anestesia verifica o carrinho da anestesia, mas o técnico em enfermagem reforça sua conferencia checando lâmina de laringo, fio guia de intubação e guedel [...] se os cabos de oximetria eletrocardioscópio e manguito insuflador estão na sala cirúrgica [...]e com falta de qualquer dispositivo deve ser comunicado o enfermeiro com urgência [...] cabos de PAI E PIC E PVC [...]”</i>
08	<i>“Seguindo os protocolos da instituição [...] realização do check list”</i>
10	<i>“Antes de encaminhar o paciente para a sala”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Esta função está descrita na primeira fase do checklist, verificando a funcionalidade do equipamento, principalmente o anestésico, o de monitorização e oximetria. Houveram falas contraditórias, mencionando que a função da montagem da sala operatória compete ao técnico de enfermagem (instrumentador ou circulante), ou que todos os integrantes da equipe multiprofissional devem confirmar a funcionalidade dos materiais/equipamentos, principalmente o anestesista e/ou residente de anestesia, para com os equipamentos de anestesiologia. No protocolo institucional não menciona qual profissional está responsável pela checagem, porém, enfatiza sua importância perante a equipe multiprofissional.

A equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, são profissionais capacitados e preparados para a aplicação do checklist durante as conferências essenciais e exclusivas para o procedimento cirúrgico. Este, permite avaliar vários parâmetros de segurança no ambiente onde será realizada a cirurgia, avaliando se os

equipamentos, como os dispositivos de aspiração, oxímetro, monitorização cardíaca e os materiais estão funcionantes. Não somente a conferência, mas a montagem é de tarefa da equipe de enfermagem (COSTA, 2019).

Entretanto, somente um participante do formulário de pesquisa, citou a especificação e a conferência dos cabos de oximetria junto ao de monitorização, nas demais respostas, alguns citaram sobre a conferência dos equipamentos de forma generalista, ou foi informado que segue conforme protocolo. Novamente verificamos fragilidade em relação a monitorização.

A monitorização dos sinais vitais é uma tecnologia, que disponibiliza de forma fidedigna os sinais fisiológicos, contribuindo com as informações reais sobre a situação do paciente, facilitando a supervisão, controle e avaliação nos indicadores que são representados. Portanto, é importante a convergência da tecnologia com a assistência direta ao paciente, permitindo uma maior segurança (FERNANDES, 2011).

Os sujeitos identificaram a importância da verificação e montagem da sala antes de encaminhar o paciente correto para a sala de operação, citando a utilização do checklist e seguimentos dos protocolos que estão disponíveis na instituição. Observou o conhecimento perante aos parâmetros utilizados na sala operatória, e que em situações de resoluções de problemas, são direcionados ao responsável pelo setor, o enfermeiro, conforme orientação do protocolo.

Um dos fatores do cuidado baseado nos preceitos de Jean Watson, é a provisão envolvendo vários fatores, ambiental, físico e sociocultural. Neste contexto, a preparação de um ambiente que protege, faz toda a diferença garantindo qualidade de saúde ao indivíduo (SILVA; *et al.*, 2010).

O ambiente onde o profissional está preparando para receber o paciente, deve ser montado, revisado e com todos os equipamentos de alta tecnologia funcionantes, garantindo a segurança e bem-estar para todos os indivíduos envolvidos na equipe, especialmente ao paciente que será submetido ao procedimento invasivo, conforme direciona a teorista.

Perante a confirmação do material estéril antes do procedimento cirúrgico, o mesmo ocorre da seguinte maneira, conforme os relatos.

Quadro 7 – Fala dos sujeitos referente a confirmação material estéril

Participante	Respostas selecionadas
09	<i>“Primeiramente as caixas devem estar lacradas e rompidas dentro da sala de cirurgia, [...] o instrumentador retira os integradores das caixas cirúrgicas [...] e das etiquetas coladas no papel grau e nas caixas cirúrgicas, e estas identificações são coladas em uma folha acaso precise para eventual conferência.”</i>
04	<i>“Utilizamos a rastreabilidade [...] cada ciclo de esterilização deve manter um registro com o lote, o conteúdo do lote, temperatura e tempo de esterilização, nome do operador, resultado do teste biológico e do indicador químico.”</i>
13	<i>“Através das fitas de esterilização e integradores dentro das caixas [...] papel grau fechado e com a cor mudada.”</i>
08	<i>“[...] Toda vez que se inicia no centro cirúrgico aprendemos todos os processos, aprendemos a como identificar a coloração das etiquetas para a certificação de esterilidade dos materiais, onde essas etiquetas e fitas são todas fixadas no prontuário do paciente.”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A confirmação do material cirúrgico é evidenciada na segunda fase do protocolo institucional de cirurgia segura, sendo necessário a verificação do indicador químico para confirmar a esterilidade do material e o mesmo deve ser anexado ao prontuário do paciente.

Os materiais embalados, caixas cirúrgicas e entre outros, necessitam de identificação (nome do produto, número do lote, método de esterilização, data de esterilização e validade). Estes, estão dispostos e devidamente identificados em etiquetas padronizadas de fácil compreensão para o usuário final, pois, facilita a rastreabilidade do produto. A pessoa que realizará a abertura do material estéril, precisa estar devidamente treinada para inspecionar a embalagem, dando atenção primeiramente ao indicador químico externo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO, 2017).

Os participantes comentaram sobre a observação do resultado dos indicadores químicos (integrador e fita zebra) perante a esterilização do material cirúrgico, identificando a rastreabilidade e anexando junto ao prontuário, para ficar seguramente arquivado. Inclusive, em um dos relatos, foi explanado a ênfase que é dada quando o funcionário inicia no CC, objetivando o conhecimento do novo colaborador perante a esterilização do material.

A função é nomeada ao instrumentador da equipe, quando for realizar a colocação dos instrumentais cirúrgicos e demais materiais na sala operatória. É possível identificar bom conhecimento da equipe e a ênfase dada pelos profissionais de saúde, responsabilizando-se sobre a importância de verificar a confiabilidade antes da utilização do material estéril.

O processamento dos materiais é de grande relevância para diminuir os riscos de infecção perante o uso do material estéril. Para isso, a Central de Material de Esterilização (CME) possui um trabalho fundamental aliado com o CC. Desta forma, é preciso ter atenção perante aos indicadores, verificando as identificações em papel, rótulos da embalagem, bandejas e caixas metálicas (NASCIMENTO; *et al.*, 2018).

Os métodos de esterilização reduzem as complicações cirúrgicas, estes processos complexos garantem segurança. A esterilidade dos instrumentais e o uso dos equipamentos adequados, permeiam medidas para a redução de infecção, obtendo uma diferença dos resultados das cirurgias, salvando vidas e impedindo a ocorrência de morbidades. Portanto, os serviços necessitam ter um processo de verificação da esterilidade, observando os indicadores antes de deixar os materiais em campo operatório (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Evidenciamos um bom conhecimento no quesito esterilização pelos membros da equipe, mostrando que esta etapa ocorre de forma padronizada e de acordo com os protocolos vigentes.

A teoria de Jean Watson baseia-se no cuidado transpessoal, não ignorando a importância e a necessidade do conhecimento técnico-científico na assistência ao paciente, tratando-se de um complemento que se estende ao ambiente social e espiritual do indivíduo (SILVA; *et al.*, 2010).

Portanto, ao avaliar os materiais e caixas cirúrgicos, é imprescindível o entendimento técnico e científico por parte do colaborador. O profissional de enfermagem deve avaliar as condições do material, se o mesmo estiver reprovado perante indicadores de esterilização, imediatamente deve buscar um novo material. Contribuindo para a segurança do paciente e o seu bem-estar físico.

Uma das etapas importantes que promove a segurança é a revisão de todas as informações do paciente com a equipe multiprofissional, ocorrendo na segunda fase da cirurgia segura. Quanto a confirmação verbal dos integrantes da equipe, antes do procedimento cirúrgico, obteve-se as seguintes descrições.

Quadro 8 – Fala dos sujeitos referente a revisão verbal dos integrantes da equipe

Participantes	Respostas selecionadas
08	<i>“Há uma escala onde a primeira equipe é escalada [...] Realmente realizamos o questionamento de quem irá participar do procedimento, tanto médica como enfermagem.”</i>
12	<i>“Através do circulante que tem como função [...] confirmar o nome e função dos envolvidos na cirurgia”</i>
05 e 07	<i>“Não é realizado.”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Quando analisada a confirmação verbal perante o protocolo institucional, observa-se que a equipe cirúrgica deve confirmar o paciente, o procedimento e a lateralidade na segunda fase do checklist. Desta forma, os sujeitos da pesquisa relataram somente sobre a confirmação dos profissionais presentes na sala operatória, alguns informaram que é por meio de escalas que se permite a identificação dos participantes. Nas descrições não foram mencionadas se há confirmação correta do paciente, procedimento e lateralidade.

Figura 6 – Revisão verbal da equipe conforme manual da OMS

Organização Mundial da Saúde ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária Ministério da Saúde

DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CSC)

Antes da incisão cirúrgica

CONFIRMAÇÃO

☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009, p. 191.

No segundo momento, a apresentação verbal dos nomes e funções da equipe e o devido preenchimento do checklist, sugere uma comunicação adequada entre os membros da equipe, correspondendo a um fator importante para a prevenção de falhas no procedimento. Diversos estudos mostraram que essa etapa é a menos aderida no protocolo, pois, a verificação verbal existe resistência de muitos profissionais. A pausa cirúrgica deve ocorrer de forma verbal, favorecendo a segurança do paciente, oportunizando a checagem de toda a equipe, procedimento, garantindo o equipamento, documento e informações do paciente para permitir uma assistência sem danos ao indivíduo (MARQUIONI; *et al.*, 2019).

Porém, visualizamos em duas respostas, que não é realizado a confirmação verbal dos indivíduos presentes na sala operatória, visto que, a confirmação depende

do circulante, conforme uma das respostas evidenciadas. Identificando que a confirmação verbal, infelizmente, não é aderida em sua totalidade.

Os riscos da ausência de adesão ao checklist de cirurgia segura podem implicar em vários danos, como apontam pesquisas no Brasil entre 2016 e 2019. Com predomínio de retenção inadvertidas em cavidades, cirurgia errada, complicações cirúrgicas, procedimento errado e paciente errado. Neste viés, é necessário reforçar a confirmação verbal, revisando com a equipe multiprofissional as informações importantes do paciente antes da indução anestésica e procedimento cirúrgico (TADA; *et al.*, 2020).

É dever do enfermeiro supervisionar a equipe de enfermagem, à adesão aos protocolos e atribuições, bem como promover capacitações. Verificou-se mais uma lacuna em um ponto do checklist de cirurgia segura, pois, nem todos os profissionais seguem rigorosamente todas as etapas preconizadas. Isso contribui para que falhas possam ocorrer.

Entende-se que a aplicação da LVSC é simples, exigindo atenção e cautela para que a equipe promova um cuidado eficaz e seguro. Os enfermeiros (as) tem um papel importante em administrar o setor, inclusive coordenar, promover conhecimento e melhor desempenho da equipe. Entre as suas funções, é de responsabilidade do enfermeiro (a) supervisionar a adesão dos profissionais no centro cirúrgico (VASCONCELOS; MIGOTO, 2018).

Portanto, o profissional enfermeiro (a) precisa estar capacitado para identificar os riscos potenciais dentro do centro cirúrgico, avaliar o contexto da cultura organizacional e a adesão aos protocolos, sendo assim, promover conhecimento e direcionamento para a equipe de enfermagem. Desta forma, a adesão é constituída por ações que permitem manter boas práticas, por isso, o profissional necessita apropriar-se de conhecimento técnico científico, conduta ética e motivacional para que rotineiramente venha desempenhar com excelência a profissão (GUTIERRES; *et al.*, 2019).

A respeito da contagem dos materiais, com objetivo de evitar esquecimento em cavidades, os indivíduos da pesquisa relataram os momentos que essa contagem é realizada.

Quadro 9 – Fala dos sujeitos referente a contagem dos materiais

Participante	Respostas selecionadas
11	<i>“Antes de fechar cavidade”</i>

04	<i>“Antes do início da cirurgia e após o término da cirurgia.”</i>
13	<i>“Antes e após cada procedimento cirúrgica”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

As respostas foram quase unânimes, somente uma delas informou que a contagem é realizada antes da sutura, não citando sobre a contagem inicial dos instrumentais cirúrgicos e compressas. Desta forma, é uma questão importante para ser considerada, pois, todos devem estar cientes e atentos na aplicação desta contagem em cada procedimento, contabilizado no momento que antecede e após o ato cirúrgico.

De acordo com o protocolo, as contagens devem acontecer na segunda e terceira fase do checklist, ou seja, antes do procedimento cirúrgico e antes da sutura cirúrgica. A instituição obtém outro protocolo específico para a contagem intraoperatória, organizando de melhor forma esse processo.

A ausência da contagem de materiais cirúrgicos, possibilita alta propensão para ocorrência de retenção inadvertida, essa contabilização impede que isso ocorra e necessite de uma nova intervenção como uma reoperação. É significativo o cuidado minucioso e metódico na hora da contagem dos materiais, incluindo em dois momentos, antes da cirurgia e após a cirurgia, contabilizando instrumentais cirúrgicos, perfurocortantes, compressa e gaze, sendo necessário no início do procedimento e antes do fechamento da cavidade (MARQUIONI; *et al.*, 2019).

Neste processo do cuidar de Jean Watson, o indivíduo não é só baseado na comunicação dinâmica entre as pessoas, mas é preciso do conhecimento, comprometimento, valores éticos e humanísticos, cooperando para uma assistência livre de danos (FREITAS, 2000).

Portanto, é de responsabilidade da equipe, a conferência com marcação correta da quantidade de uso de materiais, realizando o fechamento exato ao final do procedimento, estando comprometidos com os cuidados e a atenção com o paciente. Ficou evidente neste quesito, que os profissionais possuem bom conhecimento quanto ao passo a passo dessa fase do checklist e que isto faz parte da rotina do setor de forma padronizada. Entretanto, somente um participante respondeu parcialmente esta resposta, observa-se fragilidade nas contagens de material cirúrgico.

4.2 APLICABILIDADE DO PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Uma das perguntas do roteiro de entrevista indagava como a equipe de enfermagem visualiza, na prática, a realização do protocolo de cirurgia segura. As respostas selecionadas foram dispostas no quadro abaixo.

Quadro 10 – Fala dos sujeitos referente a aplicabilidade do protocolo

Participantes	Respostas selecionadas
01,06,10,11 e 12	<i>“Na maioria [...]”</i>
02,03,04,05,07,08,09,13,14 e 15	<i>“Sempre [...]”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Desta forma, supõe-se que a depender das vivências e do conhecimento de cada participante, foi identificado a utilização do protocolo perante a equipe multiprofissional. Além disso, a execução e a utilização do protocolo não dependem exclusivamente do profissional enfermeiro, nem tão pouco somente do técnico de enfermagem, mas é uma junção de atividades atribuídas a equipe multiprofissional, abrangendo médico-cirurgião, médico anestesiológico, enfermeiro e técnico de enfermagem (circulante e instrumentador). Mais uma vez constatamos que não é uma prática padronizada.

Em alguns estudos, acredita-se que as maiores dificuldades para o preenchimento do checklist e o alinhamento com o protocolo de cirurgia segura, estão devidamente relacionados com a resistência, falta de preparo e sensibilização das normatizações da segurança do paciente, mas, também se identifica profissionais que procuram desempenhar um serviço com qualidade e segurança (PANZETTI; *et al.*, 2020).

Logo, a equipe de enfermagem ganha grande visibilidade dentro dos processos do protocolo de cirurgia segura, pois, grande parte das orientações são atribuídas a estes profissionais, tendo probabilidade da equipe de enfermagem em algumas situações não as praticar em sua totalidade.

O protocolo é necessário ser aplicado de forma continuada, o mesmo tem a finalidade de ser uma ferramenta que aumenta a qualidade da assistência prestada, isso implica na responsabilidade dos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, sendo peça fundamental para que as práticas de segurança estejam evidentes e presentes nas rotinas do setor (PANCIERI; *et al.*, 2013).

Baseando-se na teórica de enfermagem Jean Watson, é perceptível que a essência da teoria é o cuidado, sendo necessário a interação entre o profissional e o paciente, criando um vínculo para que haja um planejamento de cuidados integral, consciente, almejando a cura física, emocional e espiritual (SILVA; *et al.*, 2010).

O planejamento dos cuidados de forma que integralize o paciente e permeie uma construção eficiente e segura, é algo essencial que deve ser discutida não só com a equipe, porém, precisa ser verbalizado com o paciente e os familiares, buscando demonstrar confiança no momento que o paciente necessita durante os períodos operatórios.

4.3 CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO AO USO DO PROTOCOLO

Frente aos pontos positivos e negativos que os profissionais visualizam perante ao protocolo de cirurgia segura, discorreram as devidas descrições.

Quadro 11 – Fala dos sujeitos referente aos pontos positivos e negativos do protocolo de cirurgia segura

Participante	Respostas selecionadas
01	<i>"[...] protocolo se aplicado corretamente nos dá segurança de que nosso trabalho está sendo feito de forma correta. Minimizando erros em relação ao paciente, tipo de cirurgia, tipo de anestesia e possíveis alergias do paciente."</i>
02	<i>"[...] poderia ser mais prática para o profissional realizar"</i>
05	<i>"o check list é mais um papel que somos obrigados a preencher do que algo que alguém realmente utilize com atenção. [...]"</i>
07	<i>"[...]mais segurança para o paciente, e profissionais da instituição [...] somos cobrados para arrumar sala rápido termina uma cirurgia e logo na sequência por outra na sala [...]"</i>
08	<i>"segurança para o profissional que realiza e o paciente que recebe o serviço [...]"</i>
10	<i>"[...] nem todas as especialidades utilizam o termo de consentimento"</i>
12	<i>"[...]precisa ser atualizado o qual já está sendo revisado"</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Dentre os pontos positivos, os sujeitos destacaram a segurança na assistência prestada, tanto do paciente quanto do profissional, inclusive da instituição. É enfatizado que o uso do checklist tem grandes contribuições neste processo da segurança do paciente, desta forma, compreende-se que alguns profissionais identificam a importância do protocolo, diminuindo as chances de falhas que possam ocorrer durante a cirurgia.

A discussão sobre a segurança do paciente na última década, vem se tornando presente no setor da saúde, tendo como fator crucial a assistência individualizada e

integral. As falhas durante os cuidados podem trazer consequências consideráveis e irreversíveis, necessitando de práticas adequadas e padronizadas perante aos documentos que norteiam a assistência. O propósito da cirurgia segura viabiliza uma assistência eficaz, promovendo um papel fundamental perante a equipe de enfermagem, prevenindo eventos adversos (ARAÚJO; CARVALHO, 2018).

Entretanto, os pontos negativos trouxeram preocupações quanto a aplicabilidade do checklist e o alinhamento com o protocolo. Evidenciou-se que a cobrança dentro do setor é constante, exigindo cada vez mais rapidez e agilidade nos atos dos processos, infelizmente, contribuindo com a falta de atenção, que também foi mencionada em uma das falas. Além disso, o preenchimento do checklist para um dos participantes é visto como obrigação e menciona que seu uso não é prático, sendo checados de forma rotineira, podendo inclusive negligenciar informações importantes. Entretanto, a ideia do instrumento é a praticidade.

O checklist surgiu justamente para facilitar o processo de verificação e incentivar o reforço da disciplina, pois, a complexidade do ambiente contribui para que os profissionais tenham desatenção e lapsos de memória, estando envolvidos com a rotina e negligenciando ações que podem colocar o paciente em risco (RIBEIRO; *et al.*, 2017).

O cumprimento de normas, programas, protocolos e afins, vão além de obrigatoriedade, é de responsabilidade ética e profissional prestar um serviço com qualidade e segurança. Os enfermeiros, líderes de equipes, devem compreender a relevância da segurança (GUTIERRES; *et al.*, 2019).

A falta de tempo para preenchimento e conferência do checklist, é oposto da proposta requerida, pois, a LVSC representa um instrumento rápido e prático estabelecido nas instituições de saúde (SANTOS; DOMINGUES; EDUARDO, 2020).

Em uma das falas, foi descrito a resistência por parte médica quanto ao preenchimento e realização do termo de consentimento. Quando ocorre cirurgia eletiva é necessário ter respaldo do documento, certificando que o paciente está ciente do procedimento e consequentemente dos riscos que o mesmo é submetido.

Os termos de consentimento cirúrgico e anestésico são necessários, respaldando toda a equipe. A checagem do checklist precisa corresponder informações fidedignas, preenchidas com atenção e com verificação, pois, o mesmo pode implicar a aspectos éticos e legais diante de toda a equipe envolvida no procedimento (MAZIERO; *et al.*, 2015).

Um dos participantes informou sobre a desatualização do protocolo, o mesmo foi realizado em 2013 e a última revisão ocorreu em 2018 (5ed.). Ou seja, faz três anos que este documento não foi atualizado, no momento está em revisão para melhorias no processo de aplicação. A desatualização pode influenciar na adesão dos profissionais, visto que, é importante a instituição adequar o instrumento para obter melhor praticidade e envolvimento dos profissionais.

As organizações têm papel relevante frente a aplicação do protocolo, utilizando de ferramentas e facilitando o seu uso dentro da instituição, adaptando-o à sua realidade (RIBEIRO; *et al.*, 2017).

O checklist é visto como ferramenta que precisa ser idealizada e implementada de acordo com as especificações da instituição, corroborando com uma equipe bem treinada e responsável. Portanto, com as inovações e adequações, é importante atualizar o documento contribuindo com melhor adesão (LOPES; *et al.*, 2018).

Com base na perspectiva de Watson sobre o cuidar, esta designa “[...] envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento, primariamente, para consigo e para com os outros humanos.” (SANTOS, 2009, p. 21).

Este envolvimento deve ser realizado com base em atitudes e construção de um cuidado seguro, trazendo conforto, atenção, prioridade as necessidades do paciente e oportunizando o envolvimento da equipe multiprofissional. Garantindo uma assistência completa, comprometida com o ser humano que está sendo submetido ao procedimento.

Foi questionada a equipe de enfermagem sobre quais as dificuldades encontradas frente a utilização do protocolo na instituição. Os profissionais mencionaram algumas situações.

Quadro 12 – Fala dos sujeitos referente as dificuldades encontradas

Participante	Respostas selecionadas
01	<i>“[...] a demanda cirúrgica em nossa instituição é grande e muitas vezes estamos sobrecarregados [...] funcionário as vezes não dar tanto a atenção devida [...]”</i>
02	<i>“[...] falta de equipe multiprofissional”</i>
04	<i>“[...] o paciente é afásico, e é confuso ou estrangeiro, sendo assim dificultoso a realização desse protocolo.”</i>
06	<i>“Nem todos exercem.”</i>
10	<i>“Algumas pessoas não colaboram”</i>
12	<i>“Resistência de alguns profissionais”</i>
08	<i>“Rotatividade de pessoas em atender os pacientes. muitas ainda esquecem de preencher a primeira etapa.”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

A sobrecarga foi um dos pontos citados pelos sujeitos de pesquisa, assim como, o déficit de profissionais e novamente a falta de tempo do setor do CC, o que prejudica a concentração e a devida assistência cirúrgica. Relataram ainda a alta demanda de procedimentos, fazendo assim uma combinação perigosa. Acredita-se que isso possa ter ocorrido devido à situação pandêmica, as cirurgias eletivas outrora canceladas, permitiram que a fila de espera aumentasse.

O cenário do centro cirúrgico está envolvido em grandes desafios dentro das instituições hospitalares, principalmente a limitação de recursos humanos e a dificuldade de relacionamento interpessoal. O dimensionamento e a rotatividade da equipe de enfermagem é um fator predominante, que contribui para as fragilidades dos profissionais, comprometendo a segurança eficaz ao paciente. A consequência do acúmulo de serviços é a sobrecarga de trabalho, este acúmulo pode estar relacionado com a gestão da instituição ou envolve outros fatores que precisam ser analisados pelo enfermeiro (COSTA, 2020).

Analisando alguns relatos dos entrevistados, identificou-se a dificuldade de comunicação, resistência e interação com a equipe multiprofissional, principalmente com a colaboração e realização das funções. Em uma das respostas, foi descrita a existência de rotatividade de pessoas que atendem o paciente e não preenchem coerentemente as etapas do checklist, não aderindo o protocolo corretamente.

Em várias pesquisas discorrem a existência de problemas de comunicação e a resistência dos profissionais envolvidos, o checklist é um facilitador neste processo, porém, há dificuldade de manter um bom relacionamento com os colegas de trabalho. A comunicação é um elemento chave, pois, permeia a segurança dos profissionais, contemplando, efetivamente, a associação com tomadas de decisões mais prudentes e relevantes. O enfermeiro é um profissional importantíssimo, contribuindo como mediador e possibilitando o engajamento e motivação da equipe multiprofissional (SOUZA; *et al.*, 2016).

Para a condução adequada do checklist, é importante a verificação do seu uso, os pontos limitantes que dificultam o seu processo, linguagem incompreensível, duplicidade de anotações que possam confundir e entre outras situações, as discussões com a equipe tornam-se um facilitador, compartilhando ideias e experiências que podem desenvolver um melhor trabalho e aplicabilidade do protocolo (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

Um participante destacou a subjetividade do paciente, descrevendo que a depender das condições clínicas, fisiológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, tornando-se a realização do protocolo mais complexa, desta forma, necessita que um responsável auxilie neste momento, principalmente na admissão do paciente, conforme orienta o documento institucional.

A comunicação é um dos elementos que não podem falhar neste processo, porque envolve toda a equipe perante assistência ao paciente, necessitando de informações registradas e repassadas verbalmente de modo efetivo. A depender da situação do paciente, é válido ter um acompanhante que possibilite este processo. Os registros realizados durante a prestação do serviço são fundamentais, contribuindo na continuidade do cuidado ao paciente (LOPES; *et al.*, 2020).

A demanda de cirurgias e a provável falta de equipe, juntamente com a comunicação prejudicada no setor correspondente, viabilizam o estresse e a sobrecarga de trabalho, dificultando a utilização do checklist. Desta forma, permite que o ambiente ocupado pelos profissionais fique mais complexo e de difícil atuação.

A sobrecarga de trabalho está envolvida diretamente no estresse, conforme identificado na teoria de Jean Watson, o estresse colabora com o déficit de saúde de todos os indivíduos, acarretando no estilo de vida e condições sociais, também como, no próprio ambiente e desempenho das atividades condizentes a profissão (SANTOS, 2009).

4.4 O CONHECIMENTO E A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O protocolo de cirurgia segura é um norteador para os processos e etapas que necessitam ser cumpridos para garantir a segurança durante a assistência. A instituição possui o protocolo institucional, ou seja, protocolo próprio utilizado dentro do sistema do hospital, o mesmo é baseado de acordo com o manual da Organização Mundial de Saúde.

Figura 7 – Protocolo utilizado na instituição



Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Conforme ilustração acima, quando perguntado para os profissionais qual o protocolo preconizado no hospital, a resposta mais selecionada no roteiro de entrevista, compreende que o protocolo da instituição é próprio, sendo possível identificar perante a ferramenta *mentimeter*, utilizada na modalidade de nuvens de palavras. Porém, alguns sujeitos acreditam que o protocolo tem outra autoria, sendo o manual da OMS ou do MS, desta forma identifica-se o desconhecimento dos profissionais quanto à origem do documento.

O manual da OMS é um norteador mundial para aplicabilidade, bem como o protocolo do MS, porém, não é descrito por lei a obrigatoriedade do seu uso na íntegra, podendo adaptá-lo e organizá-lo de acordo com a realidade de cada local, sendo possível a formação do protocolo próprio no estabelecimento de saúde (BRASIL, 2013d).

Quanto a localização do protocolo institucional, praticamente todos mencionaram que o documento está inserido no sistema da instituição, identificando que sabem onde encontrá-lo. Um participante citou que o checklist é uma folha padrão impressa com as informações do paciente na descrição, porém, nota-se que o sujeito interpretou equivocadamente que o checklist é o protocolo, entretanto, o checklist é o documento para contribuir na aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura.

Quadro 13 – Fala dos sujeitos referente a localização do protocolo institucional

Participante	Resposta selecionada
07	<i>“Cada paciente gera o seu check list, onde sai com seus dados e preenchido [...]”</i>
01,02,03,04,05,06,08,09,10,11,12,13,14 e 15	<i>“Disponível no sistema da instituição”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

O protocolo de cirurgia existe para determinar as medidas e diretrizes da instituição, o que possibilita o atendimento cirúrgico adequado, utilizando como

ferramenta a Lista de Verificação de Cirurgia Segura para facilitar o processo da assistência segura livre de danos (BRASIL, 2013d).

Além disso, os sistemas e a aplicação do checklist é uma prática recente introduzida na área da saúde, necessitando de ajustes e capacitação para os profissionais de enfermagem, investindo ainda mais no conhecimento e aplicação do protocolo de cirurgia segura (RIBEIRO; *et al.*, 2017).

Quando questionados sobre as fases de uma cirurgia segura, os sujeitos descreveram da seguinte maneira.

Quadro 14 – Fala dos sujeitos referente as fases da cirurgia segura

Participante	Respostas selecionadas
01	<i>“Antes do procedimento anestésico [...] Antes do procedimento cirúrgico [...] Antes da sutura [...]”</i>
03	<i>“Antes da anestesia, durante anestesia, pós anestesia.”</i>
10	<i>“Admissão no CC - Antes do ato anestésico e Antes da sutura”</i>
13	<i>“Paciente certo, equipe, procedimento”</i>

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

Identificou-se que somente três pessoas, ou seja, a minoria, respondem com propriedade quais são as três fases da cirurgia segura preconizadas mundialmente, os mesmos são itens essenciais que permitem direcionar o protocolo e consequentemente a aplicabilidade do checklist das cirurgias. Estas fases estão descritas no checklist, em cada título com a sequência dos itens a serem checados, portanto, é notório que o preenchimento se torna automático, rápido e inclusive a falta de atenção quanto a descrição do documento pode ocasionar falhas na hora do preenchimento.

Figura 8 – LVSC conforme manual da OMS

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) Assinatura _____

Fonte: PANCIERI, *et al.*, 2013, p. 72.

Desta forma, conforme figura acima, as etapas da LVSC/checklist são ordenadas como: antes da indução anestésica, antes da incisão anestésica e, por fim, antes do paciente sair da sala de operações, ou também mencionada como, antes da sutura. Cada item possui uma listagem importante a ser identificada, conferida e checada.

Todos os profissionais que compõem a equipe do setor do centro cirúrgico necessitam conhecer as etapas da cirurgia segura, portanto, não depende somente a instituição desenvolver protocolos, mas, permitir que os profissionais incorporem estas atividades em todo o processo. O conhecimento é algo fundamental, mas, é necessário considerar este instrumento como ferramenta essencial em todas as etapas no ambiente cirúrgico, conhecendo e praticando-as de forma assertiva (SILVA; *et al.*, 2017).

Portanto, é notório a falta de conhecimento frente as fases que norteiam tanto o protocolo quanto o checklist, visto que a ausência de entendimento do assunto prejudica a aplicação e assistência segura. Além disso, o centro cirúrgico possui altas

tecnologias, necessitando aliar o conhecimento técnico científico com as práticas vivenciadas neste setor.

A teoria do cuidado transpessoal de Watson, relaciona o conhecimento técnico e científico como primordial para a assistência e o cuidado de enfermagem, além disso, inclui o aspecto social e espiritual do paciente. Desta forma, todos estes aspectos direcionam para um crescimento e desenvolvimento profissional na área da saúde (SILVA; *et al.*, 2010).

Para finalizar, foi questionado aos sujeitos de pesquisa sobre como é organizado os treinamentos e capacitações dentro do setor, as descrições estão dispostas conforme quadro abaixo.

Quadro 15 – Fala dos sujeitos referente as capacitações

Participante	Respostas selecionadas
05	“os chefes do setor se reúnem com os funcionários [...]”
12	“ <i>Devido a troca de chefias estamos tentando ajustar para ser mensal [...]</i> ”
03	“ <i>Não sei [...]</i> ”
09	“ <i>Através de palestras e reuniões.</i> ”
01	“[...] quando surge algum tipo de dúvida [...] falha no processo [...] algum tipo de nova orientação.”

Fonte: elaborado pela autora, 2021.

As respostas dos sujeitos convergiram. Muitos referiram em suas descrições que são organizadas reuniões internas com os gestores e responsáveis do setor. Analisando os argumentos, compreendeu-se que as capacitações ocorrem quando preciso, seja por mudança no setor, falhas, novas orientações, feedbacks e quando há tempo hábil. Constatou-se que a frequência destas reuniões está espaçada e não ocorre mensalmente no momento.

Além do protocolo institucional estar em processo de atualização, identifica-se que novos profissionais estão adentrando no setor, conseqüentemente, há necessidade de realizar treinamentos, capacitações e educação permanente, haja visto que, os profissionais de maior tempo de experiência podem obter dificuldades importantes que precisam ser discutidas, lembradas e atualizadas.

Os treinamentos são fundamentais para o bom funcionamento e desempenho das atividades de um serviço de saúde, incluindo o centro cirúrgico. Desta forma, as capacitações são extremamente necessárias com os profissionais que atuam em sala operatória, utilizar o checklist não assume função de somente checar e assinar, a

utilização correta da lista abrange diversos fatores em que a equipe precisa estar alinhada (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

É fundamental a implementação de ações que potencializam e proporcionam dinâmicas, contribuindo na capacitação e desempenho dos colaboradores das instituições de forma rotineira, favorecendo o crescimento e colaboração da equipe multiprofissional (RIBEIRO; *et al.*, 2019).

Entretanto, em uma das falas foi mencionada a falta de conhecimento sobre os treinamentos dentro do setor, não sabendo como o mesmo ocorre. Isto evidencia que os treinamentos não ocorrem frequentemente, necessitando o esclarecimento quanto a realização das capacitações e devendo abranger todos os profissionais do setor do centro cirúrgico.

É recomendado o investimento em capacitações para os profissionais do setor do centro cirúrgico, possibilitando estratégias para adequar e padronizar a assistência, objetivando êxito na educação permanente, permitindo assim que o profissional compreenda como a instituição se organiza e o porquê é realizado os treinamentos (SILVA; SANTOS; FERREIRA, 2021).

O conhecimento técnico científico na teoria do cuidado transpessoal tornou-se algo fundamental para unir com os fatores humanísticos do paciente, desenvolvendo uma assistência qualificada, humanizada e ampliada (SAVIETO; LEÃO, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa respondeu aos objetivos propostos e permitiu a construção de conhecimentos sobre a segurança do paciente no centro cirúrgico, alinhada com a equipe de enfermagem. Este tema possui contribuições nas instituições hospitalares e deve sempre ser discutido e atualizado para que os processos desenvolvidos pelos profissionais estejam em constante aperfeiçoamento. A praticidade, o aprendizado e a segurança devem estar atreladas, contribuindo para o bom desempenho da equipe da enfermagem e equipe multiprofissional.

A pesquisa demonstra que existem dificuldades importantes que prejudicam a adesão completa ao protocolo de cirurgia segura no local de estudo, onde não há padronização de conduta e alguns profissionais pulam etapas importantes. Foram encontradas fragilidades no conhecimento dos profissionais que ali atuam, relacionadas as fases que norteiam o protocolo e o checklist de cirurgia segura. Muitos relatam a importância da segurança, porém, é visto que há lacunas quanto ao entendimento do seguimento do protocolo de cirurgia segura e a sua origem.

Identifica-se que o aumento da demanda de cirurgias se tornou um desafio perante a aplicabilidade do protocolo de cirurgia segura e consequentemente sobrecarregando os profissionais. Assim como, observa-se uma dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais no setor. Além disso, há etapas do protocolo que não são observadas e realizadas em sua totalidade, como na conferência durante admissão do paciente, confirmação e revisão verbal em sala operatória, monitorização e oximetria de pulso e contagem de materiais cirúrgicos.

Entretanto, foi possível visualizar que a equipe possui preocupação quanto a identificação do paciente, conferência na sala de equipamentos e confidencialidade quanto a esterilidade do material utilizado nas cirurgias.

Quanto a educação permanente no centro cirúrgico, evidenciou que um dos profissionais não participou dos treinamentos, não sabendo como ela é realizada. Porém, é mencionado que ocorrem reuniões com os gestores e responsáveis pelo setor, conforme há necessidade. E com a reorganização na gestão, acredita-se que haverá melhorias perante as capacitações dentro setor.

No que corresponde a segurança do paciente submetido a cirurgia, é fundamental que os profissionais da enfermagem estejam em constante

aperfeiçoamento, identificando os cuidados essenciais e quais são as orientações que a instituição preconiza, facilitando a boa comunicação e convivência dentro do setor.

Este trabalho oportuniza a identificação de algumas limitações dos profissionais, visualizando em quais aspectos são necessárias abordagens que estimulem o aprimoramento da assistência qualificada.

Entende-se que o estudo não conseguiu alcançar todos os profissionais de enfermagem que atuam no setor, um fator limitante foi a pandemia e a sobrecarga do retorno das cirurgias eletivas, que até então estavam suspensas. Podendo ser objeto de novas pesquisas que possam contribuir na arte do cuidar no centro cirúrgico.

Portanto, evidenciou-se a utilização do protocolo de cirurgia segura no setor do centro cirúrgico, porém, não foi identificada a adesão completa e na íntegra por todos os profissionais da equipe de enfermagem que participaram do estudo. Além disso, se observa que o conhecimento e as capacitações possuem fragilidades que necessitam de aprimoramentos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Diretrizes de práticas em Enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7 ed. São Paulo: Manole, 2017. Disponível em: <https://sobecc.org.br/uploads/files/2020/12/diretrizes-1607560930.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021

ARAÚJO, Isabella Sanches de; CARVALHO, Rachel de. Eventos adversos graves em pacientes cirúrgicos: ocorrência e desfecho. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 77-83, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/401>. Acesso em: 29 out. 2021

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vitor da Silva. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Látia, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais / Conselho federal de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2018b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números**. Brasília, 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasil -DF, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatórios de incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasil [DF], 2018a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. **Anexo 3. Protocolo para cirurgia segura***. Brasil - DF, 2013d. Disponível em: https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/protocolo_cirurgia_segura.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013**. Instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasil - DF, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377 de 09 de julho de 2013**. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente. Brasil - DF, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Publicado em 12 de dezembro de 2012. Brasil - DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

CARVALHO, Rachel; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

COSTA, Maria Francinete Lima. **A importância do checklist para obtenção de uma cirurgia segura**: um estudo em um hospital público em São Luís-MA. 2019. Tese de Doutorado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28019>. Acesso em: 22 out. 2021.

COSTA, Maria Gabriela de Oliveira. **Dificuldades de enfermeiros na gestão da segurança do paciente no centro cirúrgico**. Florianópolis, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204876/TCC%202%20MARIA%20GABRIELA%20DE%20OLIVEIRA%20COSTA%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 nov. 2021.

DOHERTY, Gerard M. **Current Cirurgia**: Diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: AMGH, 2017.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 144-154, nov. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

ELLISON, E.Christopher. **Zollinger, Atlas de cirurgia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FEITOSA, Jairo José de Moura. **Elaboração de procedimento operacional padrão para cirurgia segura com demarcação da lateralidade em um hospital de urgência**. Florianópolis, 2014. 23f. Monografia (Especialização em Linhas do cuidado da enfermagem – opção Urgência e Emergência) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173525/JAIRO%20JOS%c3%89%20DE%20MOURA%20FEITOSA%20-%20EMG%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 out. 2021.

FERNANDES, Bruno Miguel Vieira. **Sistema de Monitorização e Gestão de Sinais Vitais baseado em Dispositivos Móveis**. Portugal, 2011. 86 f. Dissertação (Mestrado) Universidade do Minho. Disponível em:

<http://intranet.dei.uminho.pt/gdmi/galeria/temas/pdf/48017.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

FERNANDES, Liva Gurgel Guerra; et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife. v. 8, n. 1, jul. 2014.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9944/10252>. Acesso em: 29 out. 2021.

FREITAS, Kênia Silva dos Santos. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem**. Rio Grande, 2000. 213 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/123456789/78160/1/161290.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

GAITA, Marcia do Carmo; FONTANA, Rosane Teresinha. Percepções e conhecimentos sobre a segurança do paciente pediátrico. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 4, jun. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/pQQcwbYMwFLXVT8TdRy9tNc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**.

Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Atlas, 2017.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira et al. Adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam vidas: perspectiva de enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. v. 27, e. 3108, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mNdLdZCHhXzsGbgVzfdJxnb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; et al. Reflexões sobre sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 74, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CvntWZSdnnzxwzxc87cj8n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

JOINT COMMISSION (Comissão Conjunta Internacional). The Joint Commission. **Dados do evento Sentinela - Tipo de evento por ano**. Estados Unidos [2020]. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-event-type-by-year/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

LOPES, Ivonete; et al. Importância e desafios frente à implementação do protocolo de cirurgia segura. **Rev. Saúde**. PE, v. 14, n. 3-4, p. 10, ago. 2020. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/4442>. Acesso em: 22 out. 2021.

LOPES, Maria da Conceição da Rocha; et al. Atuação da enfermagem no processo de cirurgia segura. **ReTEP**. Ceará. v. 10, n. 4. p. 34-39, abr. 2018. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-no-processo-de-cirurgia-segura.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil / coordenado por Maria Helena Machado**. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1094873>. Acesso em: 23 out. 2021.

MARQUIONI, Francielle Souza do Nascimento; et al. Cirurgia segura: avaliação da adesão ao checklist em hospital de ensino. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 22-30, abr. 2019. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/437>. Acesso em: 23 out. 2021.

MAZIERO, Eliane Cristina Sanches; et al. Adesão ao uso de uma lista de verificação cirúrgica para segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. PR, v. 36, p. 14-20, ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/tH7sVkgqZLvMGM4rGB8CbCf/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

MILAGRES, Lidiane Miranda. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos.** Juiz de fora – MG, 2015. 99 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%c3%a7%c3%a3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade sem segurança do paciente. **Rev. eletrônica** [internet]. São Paulo, v. 6, n. 11 p:299-309, nov. 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

NASCIMENTO, Marcelo Victor Freitas; et al. Aspectos assistenciais da central de material e esterilização com foco no protocolo de cirurgia segura. **Rev. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** Paraná. v. 24, n. 1, p. 122-126, set, 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180902_010150.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

OLIVEIRA, Maíra Cássia Borges de; et al. Adesão do checklist cirúrgico à luz da cultura de segurança do paciente. **Rev. SOBECC**, São Paulo. V. 23, n. 1, p. 36-42, mar. 2018. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/393>. Acesso em: 24 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgia seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)** / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

PANCIERI, Ana Paula; et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enfer.,** RS, v. 34, n. 1, p. 71-78, fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/hpcybZ8fkZ8MfxmhWgMccQC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

PANCIERI, Ana Paula; CARVALHO, Rachel de; BRAGA, Eliana Mara. Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência. **Revista SOBECC.** São Paulo. v. 19, n. 1, p. 26-33, mar. 2014. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/50>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PANZETTI, Tatiana Menezes Noronha; et al. Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** SP. v. 12, n. 2, p. e2519-e2519, fev. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2519>. Acesso em: 01 nov. 2021.

PIMENTEL, Laryssa dos Santos; et al. Cirurgia Segura. Análise da implementação da lista de verificação através da matriz Swot. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 1, p. 1022–1029, maio, 2020. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7454/pdf_1. Acesso em: 01 nov. 2021.

POTTER, Patricia. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

POSSARI, João Francisco. **Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. São Paulo: Iátria, 2011.

RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto; et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública**. RJ, v. 33, n. 10 p. e00046216, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6MH9jwcMvzWRtzDZxVrJRHk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

RIBEIRO, Luciane; et al. Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/stwT35kXjH8LRdtTGK89PNF/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2021.

RINALDI, Letícia Costa; et al. Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. **Rev. SOBECC**. São Paulo. v. 24, n. 4, p. 185-192, dez. 2019. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/525>. Acesso em: 02 nov. 2021.

ROTHROCK, Jane C. Alexander. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente**. Florianópolis, 2009. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92676/267887.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 nov. 2021.

SANTOS, Evelyn Alves; DOMINGUES, Aline Natalia; EDUARDO, Aline Helena Appoloni. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. **Rev. Enfermeria Actual**, Costa Rica, n. 38, Jan./Jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 20, p. 198-202, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VpGzHsWDQFM4Jsg8sWfmwcy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

SILVA, Carlos Magno Carvalho da; et al. A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: Análise segundo Meleis. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba; v. 15, n. 3, p. 548-551, set. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18902>. Acesso em: 22 out. 2021.

SILVA, Eusiene Furtado Mota; et al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 71-78, set. 2017. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/731>. Acesso em: 28 out. 2021.

SILVA, Lolita Dopico da. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3 p. 291-2, set. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4076/2871>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SILVA, Marcela Rodrigues da; SANTOS, Duana; FERREIRA, Gabriela Rossi. Protocolo de cirurgia segura: visão da equipe de enfermagem na do instrumento em um hospital filantrópico de belo horizonte. **Revista Aplicabilidade NBC**. Belo Horizonte, vol. 11, n. 21, mar. 2021. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas-izabela/index.php/bio/article/view/2246>. Acesso: 01 nov. 2021.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. v. 37, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yNdd5xLtCkKd8kw4J37Z3vN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

SOUZA, Rayanne Moraes de; et al. Aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 192-197, out./dez. 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831532/sobecc-v21n4_pt_192-197.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

SOUZA, Caroline Doria do Monte; SILVA, Antonia dos Anjos da; BASSINE, Creusa Paulina de Jesus. A importância da equipe de enfermagem na recuperação pós-anestésica. **Revista Faculdade Sant'Ana**. Ponta Grossa, v. 4, n. 1, p. 4-13, dez. 2020. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1623>. Acesso em: 01 nov. 2021.

TADA, Maritya Mayumi Isiri; et al. Eventos adversos cirúrgicos divulgados na mídia audiovisual: um estudo documental. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 25, n. 2 :e20200198, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RThMcBNQ4cNWhLzj8RXHrBz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2021.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; MARAN, Edilaine; RAIMUNDO, Larissa Sorrilha; MAI, Lilian Denise. Prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica como fator de segurança do paciente. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 1, n. 21, p. 13-21, mar. 2016. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/37>. Acesso em: 29 out. 2021.

VASCONCELOS, Márcia Vitória Gomes; MIGOTO, Michelle Thais. O enfermeiro na execução do checklist em centro cirúrgico: uma revisão integrativa. **Revista Gestão e Saúde**. Brasília, v. 19, n. 1 p. 57-68, 2018. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file7e65885e60831dd68cb383fac0e158b0.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

VELHO, Juliano Moreira, TREVISÓ, Patricia. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **Rev. Adm. Saúde**. Porto Alegre. v. 15, n. 60, p. 90-94, nov. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-728199>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ZIMMER; Daniel Lucas. **A segurança do paciente e o papel do enfermeiro**: uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem adequado e sem riscos. Florianópolis, 2014. 23 f. Monografia (Especialização em Linhas do cuidado da enfermagem – opção Urgência e Emergência) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173318>. Acesso em: 01 nov. 2021.

APÊNDICE
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA



ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE CIRURGIA SEGURA

Olá, tudo bem? Sou a Silaine Stüpp Klinker, acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI). Estou desenvolvendo o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), juntamente com minha orientadora Dra. Profa. Thayse Rosa. Esta pesquisa tem como título: Adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo institucional de cirurgia segura.

Este formulário foi encaminhado conforme sua autorização prévia, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assim, peço sua contribuição para preenchimento das questões. O mesmo tem como objetivo, analisar a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura de um hospital da região do Alto Vale do Itajaí. Este instrumento de coleta de dados é destinado a fim de pesquisa acadêmica, garantindo o sigilo do nome do participante. Desde já agradeço por sua participação!

Período de trabalho: () Matutino () Vespertino	
Sexo: () Feminino () Masculino	Idade: _____ anos
Estado Civil: () Solteiro (a); () Casado (a); () União Estável; () Divorciado (a); () Viúvo (a).	
Escolaridade: () Ensino Médio Incompleto; () Ensino Médio Completo; () Superior incompleto ; () Superior completo;	Profissão: () Enfermeiro (a); () Técnico de Enfermagem; () Auxiliar de Enfermagem.

☐ Pós- graduação; ☐ Mestrado; ☐ Doutorado.	
Tempo de formação: _____	Tempo de trabalho na instituição: _____
Tempo de experiência no setor do Centro Cirúrgico: ☐ Mais de 6 meses; ☐ Há 1 ano; ☐ Menos de 3 anos; ☐ De 3 a 5 anos; ☐ De 5 a 10 anos; ☐ Mais de 10 anos; ☐ Mais de 20 anos.	

1- A instituição que você trabalha utiliza na prática algum protocolo de cirurgia segura?

☐ Protocolo do Ministério da Saúde ☐ Manual da Organização Mundial de Saúde
☐ Protocolo próprio ☐ Protocolo de outra instituição ☐ Não sei
☐ Outro: _____

2- O protocolo utilizado na instituição, está disponível para consulta no setor?

☐ Está disponível no sistema da instituição ☐ Está disponível em folha impressa no setor
☐ Existe, mas não saberia onde está ☐ Não fica disponível
☐ Outro: _____

3- Você visualiza na prática a realização do protocolo de cirurgia segura com que frequência?

☐ Sempre, em todas as cirurgias ☐ Na maioria das vezes ☐ Não é realizado

4- Como você descreve a importância do protocolo de cirurgia segura?

5- Quais são as três fases da cirurgia segura? Descreva o que é preconizado em cada uma delas.

6- Descreva o passo a passo de como é realizado a admissão do paciente no centro cirúrgico.

7- Quais os documentos/termos necessários para a admissão do paciente no Centro Cirúrgico?

8- Explique como é aplicado o checklist de cirurgia segura.

9- Antes do procedimento cirúrgico, como é realizado a confirmação verbal dos integrantes da equipe?

10- De que forma é realizado a confirmação da esterilidade do material utilizado para a cirurgia?

11- Em quais momentos são realizados as contagens dos materiais cirúrgicos?

12- Como é organizado a checagem dos equipamentos utilizados em sala operatória?

13- Aponte pontos positivos e/ou negativos no uso do protocolo da instituição de cirurgia segura?

14- Quais são as dificuldades para a realização do protocolo de cirurgia segura?

15- Como são organizados os treinamentos/capacitações sobre a temática de cirurgia segura pela instituição que você trabalha?

ANEXOS

ANEXO A – PARACER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ - UNIDAVI 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: ADEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE CIRURGIA SEGURA
Pesquisador: Thayse Rosa
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 47721121.7.0000.5676
Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 4.855.896
Apresentação do Projeto:
A Segurança do paciente nos centros cirúrgicos remete a uma preocupação e responsabilização da equipe de enfermagem. As falhas evitáveis em cirurgias há anos vêm ocorrendo, no ano de 2006 foram considerados que a cada dia, três eventos adversos ocorrem dentro do hospital. Pesquisas de 2018, retratam que aproximadamente 1.299.540 eventos adversos ocorreram durante a assistência hospitalar. As falhas mais comuns mundialmente são: objeto estranho resido não intencionalmente, cirurgia errada e paciente errado. Para haver uma assistência livre de danos, desde 2013 no Brasil, surgiram resoluções, portarias e protocolos que visam a segurança do paciente. A utilização de protocolos nas instituições hospitalares são ferramentas que têm por base a organização das ações, estabelecimento de padronização e adequações, em especial, para obtenção de cirurgia segura. Diante disso, é de extrema relevância os profissionais de saúde que fazem parte da equipe de enfermagem, habilitados no exercício de sua função, conhecerem e utilizarem o protocolo que estabelece as ações seguras, reduzindo os riscos de evento adverso ao paciente. Trata-se de uma pesquisa de modalidade descritiva e exploratória do tipo qualitativa. O objetivo geral da pesquisa é analisar a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura de um hospital da região do Alto Vale do Itajaí. Os sujeitos de pesquisa serão: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros do setor do centro cirúrgico. O instrumento de coleta é composto por um roteiro de
Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13 Bairro: JARDIM AMÉRICA CEP: 89.160-932 UF: SC Município: RIO DO SUL Telefone: (47)3531-6000 E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.865.896

entrevista com perguntas abertas e fechadas. Utilizar-se-á como análise e interpretação de dados o estudo de Bardin, tendo como ênfase a análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura de um hospital da região do Alto Vale do Itajaí

Objetivo Secundário:

Identificar a adesão do protocolo utilizado na instituição pesquisada; Verificar o conhecimento que o profissional de enfermagem detém, diante do protocolo utilizado na instituição; Reconhecer se a equipe de enfermagem recebe treinamentos/ capacitações sobre a temática de cirurgia segura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta riscos mínimos ao sujeito submetido à pesquisa, levando em consideração os riscos de constrangimento pessoal. Para evitar qualquer dano ao profissional, as informações, apresentação do documento (TCLE) e do questionário serão realizadas em um ambiente que favoreça a não interrupção ou pessoas presentes no mesmo momento. No instrumento de coleta, os dados obtidos serão dispostos em enumeração, conforme ordem de recebimento do roteiro de entrevista, substituindo o nome pelo número, garantindo o anonimato do participante. Entendendo-se sobre os riscos reduzidos da pesquisa, caso ocorra o indevido, o pesquisado será encaminhado pelo pesquisador para apoio psicológico, sendo encaminhado para a psicóloga Iara Tamar Dias Régis (CRP 12-21114). Além disso, a pesquisa também apresenta riscos mínimos à instituição do hospital, tendo risco de exposição da instituição. Para respeitar os princípios de confidencialidade, será preservado a identidade da instituição na divulgação dos resultados, tendo sigilo do documento institucional, também como, não será citado os nomes dos profissionais que ali atuam, assim como, o nome do hospital.

Benefícios:

Os benefícios para o sujeito da pesquisa, trazem reflexão sobre a temática do estudo tanto pessoal quanto profissional, permitindo ampliação de

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMÉRICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47) 3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.665.696

novas discussões dentro do serviço de saúde, também como novas ações que possam contribuir com os sistemas dentro da instituição. Neste caso, a pesquisa realizada pode ser vista como uma oportunidade de abranger mais o assunto sobre o protocolo de cirurgia segura e a adesão, possibilitando uma segurança cirúrgica na assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A adequações sugeridas pelo CEP foram cumpridas. Projeto sem restrições éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o relatório final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1762935.pdf	08/07/2021 19:28:59		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	08/07/2021 18:50:38	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	08/07/2021 18:48:56	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Outros	ANEXO_F_Autorizaçãopsicologa.pdf	08/07/2021 18:41:34	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Outros	ANEXO_E_Termodecompromissodepesquisa.pdf	08/07/2021 18:40:59	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Outros	ANEXO_D_Termodeutilizaçãodedados.pdf	08/07/2021 18:40:30	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Outros	APENDICEA_Instrumentodecoleta.pdf	08/07/2021 18:39:41	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Outros	ANEXO_B_Termodeacessoaoprotocoloinstitucional.pdf	08/07/2021 18:39:07	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/07/2021 18:35:57	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito
Declaração de Instituição e	ANEXO_A_Autorizaçãodagerenciadeenfemagem.pdf	08/07/2021 18:35:11	SILAINE STUPP KLINKER	Aceito

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

Bairro: JARDIM AMÉRICA

CEP: 89.160-932

UF: SC

Município: RIO DO SUL

Telefone: (47)3531-0000

E-mail: etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.685.898

Infraestrutura	ANEXDA_Autorizaçãodagerenciadeenfe rmaem.pdf	08/07/2021 18:35:11	SILVINE STUPP KLINKER	Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	08/07/2021 18:34:51	SILVINE STUPP KLINKER	Aceto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXDC_termodeconsentimentolivreee sclarecido.pdf	08/07/2021 18:26:13	SILVINE STUPP KLINKER	Aceto
Orçamento	ORCAMENTOS_RECursos_.pdf.pdf	01/06/2021 13:58:46	SILVINE STUPP KLINKER	Aceto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 26 de Julho de 2021

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMÉRICA CEP: 89.160-932
UF: SC Município: RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 E-mail: etica@unidavi.edu.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e
Extensão
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROTOCOLO
INSTITUCIONAL DE CIRURGIA SEGURA**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e
domiciliado

_____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em
____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como
voluntário da pesquisa **“ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO
PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE CIRURGIA SEGURA”**. Declaro que obtive todas
as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto
às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O presente estudo tem por objetivo analisar a adesão da equipe de enfermagem frente ao protocolo de cirurgia segura de um hospital da região do Alto Vale do Itajaí .
2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a: reflexão sobre a temática citada e, também, permitirá ampliação dos conhecimentos referente a segurança do paciente.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: Profissional de enfermagem que aceite participar do estudo; Atue no setor de centro cirúrgico no período matutino ou vespertino; Profissional que atue no setor por no mínimo seis meses;
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas abertas e fechadas, onde o pesquisador realizará o envio por e-mail, o link do Formulário do Google, com prazo máximo de dez dias para a devida devolução. O participante, em livre e espontânea vontade, passará o endereço de e-mail correto para receber o roteiro de entrevista através do link de acesso. O preenchimento do roteiro de entrevista poderá levar aproximadamente 15 minutos para ser realizado.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da pesquisa esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao roteiro de entrevista, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por sequência de números e poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.

Além disso, a pesquisa também apresenta riscos mínimos à instituição do hospital, tendo risco de exposição da instituição. Para respeitar os princípios de confidencialidade, será preservado a identidade da instituição na divulgação dos resultados, tendo sigilo do documento institucional, também

como, não será citado os nomes dos profissionais que ali atuam, assim como, o nome do hospital.

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a: reflexão sobre a temática do estudo, tanto pessoal quanto profissional, permitindo ampliação de novas discussões dentro do serviço de saúde, também como novas ações que possam contribuir com os sistemas dentro da instituição. Os resultados deste estudo poderão contribuir para: abranger o assunto sobre o protocolo de cirurgia segura e a adesão, possibilitando uma segurança cirúrgica na assistência prestada.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto durante a pesquisa, poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim. A pesquisadora se compromete a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional psicóloga, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, será interrompido o roteiro de entrevista por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da pesquisa.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar, posso procurar a Thayse Rosa, responsável pela pesquisa no telefone (48) 9 9842-0459, ou no endereço: Rua Manoel de Souza, nº, 38 - Bairro Centro, Palhoça, SC. -88.131-380.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Silaine Stüpp Klinker, e-mail: silaine.klinker@unidavi.edu.br, telefone: (47) 9 8805-9537 e Thayse Rosa, e-mail: yserosa@gmail.com, telefone: (48) 9 9842-0459.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.

- 12.** As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados números fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
- 13.** Caso eu deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que será apresentada na amostra acadêmica e em banca examinadora do TCC, as duas apresentações acontecerão em dezembro de 2021 na UNIDAVI.
- 14.** Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, _____ de _____ de 2021.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Thayse Rosa - Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIDAVI - Enfermeira, COREN nº 220248

Endereço para contato: Rua Manoel de Souza, nº, 38 - Bairro Centro, Palhoça, SC. - 88.131-380

Telefone para contato: (48) 9 9842-0459

E-mail: yserosa@gmail.com

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 –
Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX

Telefone para contato: (47) 3531- 6026

E-mail: etica@unidavi.edu.br.