



ARTIGO ORIGINAL

SEGURANÇA DO PACIENTE NO TRANSOPERATÓRIO: ANÁLISE DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

PATIENT SAFETY IN THE TRANSOPERATORY: ANALYSIS OF THE SAFE SURGERY PROTOCOL SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSOPERATORIA: ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA

Laura Fabiane de Macêdo Lopes Pereira¹, Samanta Alves Ramos de Oliveira², Gidelson Gabriel Gomes³

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência ao paciente cirúrgico no transoperatório conforme os postulados do protocolo de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional, no bloco cirúrgico, com pacientes e equipes anestésicos-cirúrgicas, a partir do *checklist* e um questionário. Analisaram-se os dados de forma descritiva levando-se em consideração frequências e percentuais dispostos em tabelas e figura. **Resultados:** corresponderam-se as 127 cirurgias nas especialidades: Ortopedia; Geral; Cabeça e Pescoço; Neurologia e Bucomaxilofacial; em 34 cirurgias os pacientes confirmaram a identidade, local da cirurgia, procedimento e consentimento; em 93 procedimentos, este item não foi checado. **Conclusão:** conclui-se que a comunicação entre a equipe, o conhecimento e a aplicação do que dispõe no setor fazem com que a segurança do paciente aconteça. **Descritores:** Enfermagem Perioperatória; Cirurgia Segura; Segurança do Paciente; Lista de Verificação; Assistência de Enfermagem; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the assistance to the surgical patient in the transoperative period according to the postulates of the World Health Organization's safe surgery protocol. **Method:** this is a quantitative, descriptive, observational study, in the operating room, with patients and anesthetic-surgical teams, from the checklist and a questionnaire. The data was analyzed descriptively, considering frequencies and percentages arranged in tables and figures. **Results:** the 127 surgeries in the specialties corresponded: Orthopedics; General; Head and neck; Neurology and buccomaxillofacial; in 34 surgeries, patients confirmed identity, place of surgery, procedure and consent; in 93 procedures, this item was not checked. **Conclusion:** it is concluded that the communication between the team, the knowledge and the application of what is available in the sector make patient safety happen. **Descriptors:** Perioperative Nursing; Safe Surgery; Patient safety; Verification List; Nursing Care; Elective Surgical Procedures.

RESUMEN

Objetivo: analizar la atención quirúrgica del paciente durante la cirugía de acuerdo con los postulados del protocolo de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, observacional en el quirófano, con pacientes y equipos de cirugía anestésica, a partir del *checklist* y un cuestionario. Los datos se analizaron descriptivamente considerando frecuencias y porcentajes organizado en tablas y figuras. **Resultados:** correspondieron a 127 cirugías en las especialidades: Ortopedia; General; Cabeza y Cuello; Neurología y Bucomaxilofacial; en 34 cirugías, los pacientes confirmaron la identidad, el lugar de la cirugía, el procedimiento y el consentimiento; en 93 procedimientos, este elemento no ha sido verificado. **Conclusión:** se puede concluir que la comunicación entre el equipo, el conocimiento y la aplicación de lo que está disponible en el sector hace posible la seguridad del paciente. **Descriptor:** Enfermería Perioperatoria; Cirugía Segura; Seguridad del Paciente; Lista de Verificación; Asistencia de Enfermeira; Procedimientos Quirúrgicos Electivos.

^{1,2,3}Centro Universitário UNIFAVIP/Wyden. Caruaru (PE), Brasil. ¹ <https://orcid.org/0000-0002-0523-3693> ² <https://orcid.org/0000-0002-6237-3414>
³ <https://orcid.org/0000-0002-1884-4573>

Como citar este artigo

Pereira LFML, Oliveira SAR de, Gomes GG. Segurança do paciente no transoperatório: análise do protocolo de cirurgia segura. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e242554 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.242554>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que, no decorrer da história dos cuidados voltados à saúde, figuras representativas já expressavam preocupação com o indivíduo após a intervenção, a exemplo de Hipócrates (460 a 370 aC), originando o ideal *Primum non nocere* - primeiro, não cause dano, discernindo que algum malefício poderia ser gerado em decorrência do cuidado.¹

Acrescenta-se que, desde então, figuras como Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, entre outros, cooperaram na qualificação em saúde por reafirmar a relevância da transmissão de infecção pelas mãos, do cuidado de maneira organizada, por determinar exemplos de qualidade, bem como avaliar as entidades de saúde, considerando as variações clínicas e baseando-se por intermédio de evidências.²

Define-se, de acordo com a *World Health Organization* (WHO), a segurança do paciente como “a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente associada aos cuidados de saúde”. Intitulam-se ocorrências relacionadas à assistência como eventos adversos, que podem ser físicos, sociais, psicológicos e incluem desde o sofrimento até a própria morte do paciente.³

Originou-se, pela WHO, tendo em vista que a ocorrência de eventos adversos tem alta incidência e, em média, 50% destes são evitáveis, no mês de maio de 2014, a Aliança Mundial de Segurança do Paciente, a qual passou a ser chamada de Programa de Segurança do Paciente e lançou a promoção da cirurgia segura por meio da implantação da lista de verificação como o segundo desafio global.²

Fez-se essa lista de verificação por meio de um *checklist* dividido em três partes: antes da indução anestésica (*Sign in*), antes da incisão (*Timeout*) e anteriormente à saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign out*).⁴

Instituiu-se, no Brasil, pela Portaria nº 529, de 1º abril de 2013, contando com o manual “cirurgias seguras salvam vidas”, o programa em nível nacional. Abordam-se, nele, questões envolvendo práticas de segurança anestésicas inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe como problemas comuns, mortais e evitáveis em todos os países e contextos.⁵

Tem-se a equipe de Enfermagem destacado-se na aplicabilidade da lista e do protocolo durante as cirurgias, ao empregar as exigências em prol da segurança do paciente, assim, a autonomia da Enfermagem é necessária para que o processo

seja realizado por alguém que tenha consciência de sua importância.⁶

Trazem-se, pelo estudo, tendo em vista que essa lista de verificação visa a reduzir erros evitáveis, contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes, reflexões sobre a análise da assistência ao paciente cirúrgico frente à importância da implementação desse *checklist* proposto pela WHO.

OBJETIVO

- Analisar a assistência ao paciente cirúrgico no transoperatório conforme os postulados do protocolo de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional. Utiliza-se o estudo descritivo também quando se necessita fazer relação entre o material coletado e a explicação do assunto debatido. Analisam-se, na pesquisa qualitativa, números e informações para estabelecer hipóteses, garantindo resultados precisos a fim de refrear análises e interpretações contraditórias.⁷

Informa-se que a amostra é do tipo probabilístico, em que os pacientes e respectivas equipes anestésicos-cirúrgicas foram escolhidos de forma aleatória. Realizou-se este trabalho no setor do bloco cirúrgico de um hospital de referência do interior de Pernambuco. Ocorreu-se a coleta de dados no decorrer das cirurgias, período chamado de transoperatório.

Empregaram-se, por esta pesquisa, o *checklist* proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e um questionário de caracterização das equipes cirúrgicas elaborado pelos autores, os quais eram aplicados em todas as cirurgias eletivas. Preencheram-se os instrumentos pelos pesquisadores após a confirmação dos pacientes e das equipes cirúrgicas por meio da assinatura do TCLE.

Acompanharam-se os responsáveis pelo estudo de maneira observacional, sem interferir ativamente na assistência comumente prestada, o procedimento. Preencheu-se o *checklist* de acordo com o que era visto.

Revela-se que participaram da pesquisa as equipes anestésico-cirúrgicas, contemplando: o anestesista; cirurgião principal; cirurgião auxiliar; instrumentador; circulante de sala; enfermeiro, dentre outros membros adicionais que estiveram atuando no procedimento anestésico-cirúrgico.

Incluíram-se, quanto aos pacientes, os que se submeteram a cirurgias eletivas, maiores de 18 anos e que não estavam sob efeito de agentes pré-anestésicos, o que poderia comprometer o nível de discernimento. Elencaram-se como critérios

para a exclusão: as cirurgias de caráter de urgência e emergência e pacientes menores de 18 anos sem a autorização prévia do acompanhante.

Explica-se que todos os profissionais e pacientes abordados concordaram em participar da pesquisa, assinando o TCLE e respeitando os preceitos éticos que regem a pesquisa envolvendo seres, em consonância com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.⁸

Expuseram-se os dados por meio de tabelas e figuras elaboradas a partir do programa *Microsoft Office Excel®*, versão 2013. Discutiu-se os dados conforme a literatura.

Submeteu-se o projeto de pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

do Centro Universitário do Vale do Ipojuca, tendo parecer favorável de nº 2.887.467.

RESULTADOS

Observaram-se, neste estudo, 127 cirurgias eletivas, de acordo com a programação cirúrgica do setor, nos meses de outubro e novembro de 2018. Englobaram-se, por tais cirurgias, todas as especialidades ofertadas pelo serviço, contemplando as especialidades de cirurgias Bucomaxilofacial, Ortopedia, Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço e Neurologia. Corresponderam-se as 127 cirurgias observadas às seguintes especialidades conforme mostra a figura 1.

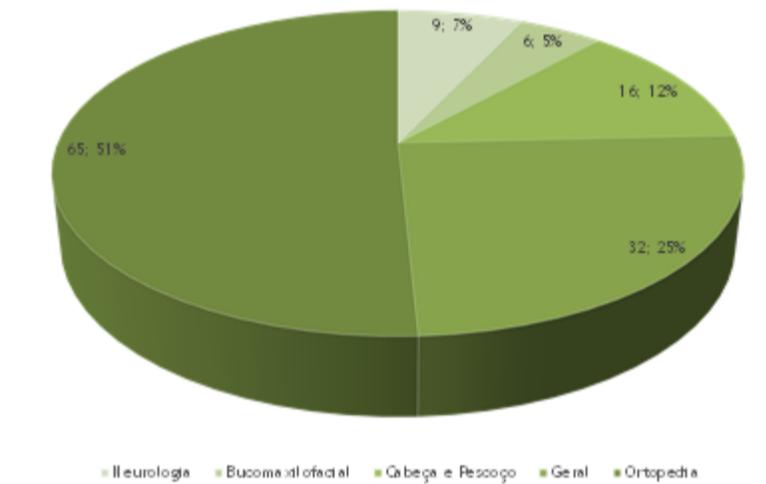


Figura 1. Distribuição das cirurgias por área de especialidade. Caruaru (PE), Brasil, 2018.

Utilizou-se, para a coleta de dados, como referência, o *checklist* da OMS para a observação dos procedimentos, independentemente da especialidade cirúrgica, acrescido de um questionário elaborado pelos autores para a caracterização dos procedimentos e equipes cirúrgicas. Continham-se, no tal instrumento, o nome da cirurgia, a anestesia realizada e os membros que compõem as equipes cirúrgicas por procedimentos, conforme o apêndice A.

Descreve-se que os tipos de anestesia utilizados nos procedimentos observados foram geral inalatória, raquianestesia, peridural, bloqueio de plexo, sedação e local, e os profissionais participantes da pesquisa foram: cirurgião principal; cirurgião auxiliar; anestesistas; estagiários; residentes; enfermeiros; circulantes; auxiliar de anestesista e instrumentadores.

Observaram-se os dados descritos nas tabelas 1, 2 e 3, respectivamente, quanto à confirmação dos itens propostos no *checklist*.

Tabela 1. Distribuição dos itens observados antes da indução anestésica. Caruaru (PE), Brasil, 2018.

Variáveis	Sim	Não	Não aplicável	Total
O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?	34 (26,8%)	93 (73,2%)		
O local está demarcado?	26 (20,5%)	93 (73,2%)	8 (6,3%)	
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?	85 (67,0%)	42 (33,0%)		
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?	119 (93,7%)	8 (6,3%)		
Alergia conhecida?	115 (90,5%)	12 (9,5%)		
Via aérea difícil ou risco de aspiração?	15 (11,8%)	112 (88,2%)		
Risco de perda sanguínea > 500 mL (7 mL/kg para crianças)?	25 (19,7%)	102 (80,3%)		
				127

Tabela 2. Distribuição dos itens observados antes da incisão. Caruaru (PE), Brasil, 2018.

Variáveis	Sim	Não	Não aplicável	Total
Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função		127 (100%)		
Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão		127 (100%)		
A profilaxia antimicrobiana	85 (66,9%)	29 (22,9%)	13 (10,2%)	
Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?	–	–		
Qual a duração do caso?	–	–		
Qual a quantidade de perda de sangue prevista?	–	–		
Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	–	–		
Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)?	72 (56,7%)	55 (43,3%)		
Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	–	–		
Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?	89 (70%)	24 (18,8%)	14 (11,2%)	
				127

Informa-se que os espaços preenchidos com (___) apresentam os itens que não foram checados pelas equipes.

Apresenta-se, na tabela 2, a distribuição dos itens observados antes da incisão cirúrgica, representando a segunda parte do preenchimento do *checklist*, sendo que, das variáveis, em cinco não aconteceu a checagem, por isso, ele é preenchido pelo sinal do hífen; são elas: etapas críticas e rotineiras; duração do caso; quantidade de perda de sangue prevista; alguma preocupação

especificamente relacionada ao paciente e alguma preocupação com relação aos equipamentos.

Alternam-se as demais variáveis entre o preenchimento em *sim*, *não* e *não aplicável*; destas, confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando nome e função; confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão, se foram correspondentes a 100% ou não ocorrerem. Alerta-se que, apesar de falarem com o paciente e

conversarem entre si, essas verificações não são realizadas.

Tabela 3. Distribuição dos itens observados antes da saída do paciente da sala cirúrgica. Caruaru (PE), Brasil, 2018.

Variáveis	Sim	Não	Não aplicável	Total
O nome do procedimento	91 (71,7%)	36 (28,3%)		
A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas.	118 (93%)	9 (7%)		
A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente).	32 (25,2%)		95 (74,8%)	
Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos	–	–		
Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?	–	–		
				127

DISCUSSÃO

Confirmaram-se, em 34 (26,8%) cirurgias, pelos pacientes, a sua identidade, local da cirurgia, procedimento e seu consentimento; em 93 (73,2%) dos procedimentos, este item não foi checado, pois os membros da equipe cirúrgica recorriam ao prontuário sem necessariamente indagar ao cliente, contudo, é importante que o paciente verbalize tais elementos, pois deixar de observar esses itens podem resultar em divergências cirúrgicas e, destas, as que apresentam maior ocorrência são: confundir pacientes, procedimentos e apresentação de falhas em lateralidade.⁹⁻¹⁰

Aponta-se, em um estudo realizado no Brasil acerca da utilização do *checklist* em cirurgias ortopédicas, com 30 cirurgiões dessa especialidade, que 29 desses profissionais afirmam demarcar o membro que irá receber a intervenção; ainda assim, nove presenciaram, em alguma ocasião profissional, erros de lateralidade.¹¹ Declarou-se, pela OMS, que errar o local da cirurgia foi um dano como “*never event*”, visto que sua ocorrência é completamente evitável.¹²

Indica-se, pela literatura, que um dos campos mais comuns em que se observam erros nos locais a serem operados é a Ortopedia, justamente a especialidade com maior número de procedimentos observados neste estudo. Recebeu-se, por esses erros, maior atenção nos anos 90 e, como forma de prevenir sua ocorrência, no ano de 1994, a Associação Ortopédica Canadense recomendou a “demarcação do local da incisão com um marcador permanente”.^{5:26} Ocorreu-se, de fato, a demarcação com marcador permanente

em cirurgias de Cabeça e Pescoço. Realizou-se, em alguns procedimentos ortopédicos, a demarcação com uma faixa, porém, isso corresponde a apenas 26 (20,5%) casos, pois, em 93 (73,2%), não houve marcação. Consideraram-se, além disso, não aplicáveis (8 = 6,3%), cirurgias em que o membro a ser operado estava com fixador externo.

Pontua-se que, no serviço observado, apesar do preenchimento do *checklist* não acontecer, na maioria dos procedimentos, a equipe de anestesia realiza a verificação do equipamento, anestesiologia e da medicação. Responsabiliza-se o anestesiológico pelo conhecimento da funcionalidade do equipamento de anestesia, assim como a verificação deste antes de utilizá-lo.¹³

Infere-se que o uso do oxímetro não aconteceu em 100% das cirurgias; geralmente, naqueles procedimentos minimamente invasivos, com anestesia local, os monitores não eram ligados, porém, para a prática anestésica ocorrer de forma segura, recomenda-se cumprir normas de monitorização mínima independentemente do tipo de anestésico, local e duração deste.¹³ Torna-se imprescindível para o paciente cirúrgico ter disponível equipamentos de monitorização como: instrumento para a aferição de pressão arterial indireta, oxímetro de pulso, entre outros.¹⁴

Expõem-se, no bloco cirúrgico, os pacientes a diferentes classes medicamentosas, e as reações de anafilaxia podem ser ocasionadas por antibióticos, bloqueadores neuromusculares, látex, anestésicos locais, clorexidina, portanto, a checagem de alergia deve ocorrer para que, na presença de um agente desencadeador, o mesmo

seja substituído, prevenindo reações desnecessárias.¹⁵

Consideram-se as unidades, como blocos operatórios, unidades de terapia intensiva e serviços de urgência e emergência, como locais onde os pacientes necessitam de intervenção e apresentam via aérea difícil em níveis maiores, e tais setores devem agrupar material diferenciado para casos previsíveis e não previsíveis como “laringoscópios com lâminas especiais, videolaringoscópios, introdutores com capacidade de ventilação e oxigenação, dispositivos supraglóticos com potencial de intubação, fibroscópio e material de acesso invasivo à via aérea”.^{14:14}

Explica-se que, na unidade em que foi realizada a pesquisa, pacientes intubados e secretivos contavam com material para aspiração e caixa com dispositivos para ventilação em via aérea avançada.

Inclui-se, na revisão do plano cirúrgico, prever reposição de fluidos e reservas de hemocomponentes segundo orientação do protocolo nacional de cirurgia segura. Destaca-se, em estudos, que a transfusão é importante quando se tem o objetivo de manter os níveis de fatores de coagulação, hemoglobina e volume sanguíneo para a segurança durante o procedimento. Evita-se, com isso, por exemplo, o choque hipovolêmico.¹⁶⁻⁷

Aborda-se, pelo *Timeout*, a fase de confirmação antes de ser realizada a incisão cutânea no paciente. Conferem-se, nessa etapa, verbalmente, pela equipe, os dados de identificação do paciente, assim, é mais uma oportunidade para a correção de algum fator não detectado ou não checado por parte de algum membro da equipe.¹⁸

Torna-se imprescindível, em todas as fases, a comunicação efetiva entre as equipes para um cuidado multiprofissional para o paciente; etapa propícia para resolver qualquer inconsistência a ser esclarecida e para promover o diálogo. Evidencia-se que há uma falha na discussão entre todos os profissionais da equipe referente à cirurgia propriamente dita, tempo da duração, quantidade de perda sanguínea, eventuais problemas com algum equipamento, preocupações específicas e possíveis complicações de cunho prevenível.¹⁹

Reforçam-se, pela apresentação da equipe, a familiaridade, a contribuição pessoal e maior eficiência em casos inesperados. Garante-se, ao confirmar o paciente correto, maior segurança para conferir se os exames dispostos são referentes ao mesmo, garantindo não trocar os procedimentos;⁵ em 70% deles, estavam disponíveis para 18,8% dos casos não aplicáveis.

Observou-se, durante o processo, que os anesthesiologistas, os residentes médicos e os médicos das especialidades de Neurologia - Cabeça e Pescoço - cumpriram esta etapa por haver realizado o pré-operatório do paciente.

Demonstra-se que o tempo em que os antibióticos têm maior efeito terapêutico é de 60 minutos, a partir da exposição aos microrganismos. Realizou-se essa prevenção para diminuir os riscos de infecção e, de acordo com protocolos conhecidos pela equipe, para não induzir a resistência microbiana aos remédios.⁵ Demonstra-se, neste estudo, que a profilaxia antimicrobiana foi administrada em 66,9% dos casos e em 22,9% não foram.

Torna-se o processo de esterilização de materiais imprescindível em nível internacional e visa a eliminar as formas mais resistentes de microrganismos residentes, tais como os esporos. Indica-se, pela sua eliminação, que o processo foi realizado de modo satisfatório. Acrescenta-se que, junto aos materiais, vem uma certificação confirmando estarem estéreis e chamados de indicadores que podem ser químicos, que variam das classes I a VI, e os biológicos, que vão da primeira à terceira geração;²⁰ por sua vez, em 56,7% dos casos, foi confirmada a esterilização dos materiais, incluindo os resultados dos indicadores.

Compõe-se pelo *sing out* a última etapa, concluindo-a antes da saída do paciente da sala cirúrgica. Envolvem-se a conclusão cirúrgica, confirmação do nome da cirurgia, contagem dos materiais utilizados, se houve algum dano nos aparelhos, etapas com vistas à recuperação do cliente e correta identificação nos casos de amostras patológicas.¹⁸

Propõe-se, mediante o quadro do paciente, um tipo de intervenção cirúrgica, mas, no seu decurso, o procedimento pode se estender ou mudar. Deve-se, por isso, estar atento a perguntar novamente qual o processo final utilizado,⁵ sendo que os dados na observância desta variante foram 71,7% confirmados e 28,3% não confirmados.

Utilizam-se, na intervenção, múltiplos materiais cirúrgicos em diversas quantidades para cada especialidade cirúrgica. Explica-se que a contagem desses instrumentais cirúrgicos é para confirmar se não ficaram retidos no paciente. Evitam-se, dessa forma, complicações no pós-operatório resultantes em internações e até o óbito.¹⁷ Salienta-se que, de modo positivo, essa contagem dos instrumentos é realizada em 95% das cirurgias por escrito.

Podem-se, desses procedimentos, alguns gerar amostras, partes anatômicas retiradas do paciente. Deve-se ter a correta identificação

delas para que reduzam os riscos EAs, atraso no tratamento e erro de diagnóstico.¹⁷ Acentua-se que a maioria das cirurgias não tinha amostras a serem identificadas.

Recomenda-se, ao final da cirurgia, checar se algum aparelho apresentou problemas para serem resolvidos antes da próxima intervenção. Promover-se-á, com isso, a antecipação de eventuais problemas, pois, com o olhar voltado para a pessoa submetida à cirurgia, o médico, o anestesista e o enfermeiro discutem entre si as principais preocupações para a recuperação no pós-operatório. Garante-se, assim, o êxito em todo o cuidado feito para a segurança do paciente cirúrgico¹⁷ e, apesar disso, essas etapas não acontecem antes da saída do paciente da sala cirúrgica.

Verificou-se também a inexistência de um profissional para a aplicação do *checklist*, o qual seria muito bem conduzido pelo profissional enfermeiro, pois o mesmo lida com toda a questão gerencial do bloco cirúrgico.¹⁹ Ligam-se intimamente as ações deste profissional também ao processo de recuperação pós-cirúrgica pela tomada de decisões referente à prevenção de intercorrências, complicações e EA, requisitos estes que não são discutidos pela equipe e nem repassados para a equipe da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).²¹

Acredita-se, então, que o *checklist* proposto pela OMS trará melhoria da assistência pelos objetivos de prevenção de infecção em sítio cirúrgico, promoção de anestesia segura, de melhora da comunicação durante o perioperatório, de utilização de indicadores e de criação de cultura nova frente à cirurgia fundamentados em práticas de segurança cirúrgica.²²

CONCLUSÃO

Pôde-se observar, na primeira etapa do *checklist*, que quase todas as variáveis são realizadas por meios de perguntas, conforme o preconizado pelo anesthesiologista e pelos membros da equipe de Enfermagem presentes. Concluíram-se somente algumas variáveis na segunda e na terceira etapas, contudo, não existe um profissional responsável pelo preenchimento dessa ficha. Observou-se, ainda, em cirurgias de menor porte, que algumas perguntas não aconteceram, compreendendo-se, assim, que são realizadas de acordo com o que os profissionais acham pertinente.

Disponibiliza-se, pelo serviço, um quadro de médio porte adaptado à rotina da instituição em cada sala de operação. Registram-se, nele, muitas variáveis presentes no *checklist* para serem marcadas e gerarem visualização geral pela equipe, e, na porta da SO (Sala de Operação), há

um pequeno quadro para identificar a equipe presente. Pode-se contribuir, por esses objetos, para o processo de cirurgia segura, pois eles garantem mais segurança, desenvolvem barreiras para prevenir erros cirúrgicos e facilitam o trabalho da equipe em algum momento de dúvida ou confirmação. Averiguou-se, entretanto, que eles não são preenchidos.

Contribuir-se-ia, pela adesão do *checklist* no serviço, para reduzir infecções pós-cirúrgicas, prevenir eventos como perda volêmica, evitar sobrecarga de estoque sanguíneo da instituição, pois, se a tipagem sanguínea for conhecida, o paciente irá receber o doador necessário. Ocorrer-se-ia, além disso, a reposição de fluidos de maneira satisfatória, se fossem puncionados os acessos preconizados antes de o paciente apresentar alguma alteração e a prevenção de tais acontecimentos corroboram a diminuição de gastos para reverter as ocorrências.

Pode-se otimizar a comunicação entre as equipes cirúrgicas e os profissionais da SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica), pois se geraria a confirmação de preocupações específicas com os pacientes e os eventos não previstos, que podem vir a ocorrer, seriam registrados. Sugere-se nomear um responsável para registrar essas informações e, como consequência, garantir seu cumprimento, pois o *checklist* contribui para a cultura de segurança do paciente, podendo acarretar a redução de ocorrência de problemas evitáveis, melhor organização e qualidade na assistência.

Traz-se, pela pesquisa realizada, reflexão acerca da tomada de decisão do enfermeiro, mostrando que o bloco cirúrgico é um setor que exige, muitas vezes, um trabalho gerencial, e uma das formas a contribuir também seria a SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem). Ajudar-se-ia a SAEP a uniformizar, como um todo, a segurança do paciente por englobar o pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Garantir-se-ia, com isso, um cuidado mais humano e holístico em um momento da vida dos pacientes causador de grande tensão e estresse devido ao procedimento a ser submetido.

Preconiza-se o preenchimento da ficha em nível internacional, com uma extrema importância para a segurança e para a diminuição de erros, contudo, isso está sendo negligenciado. Espera-se, desse modo, que este estudo corrobore a crescente pesquisa nessa temática na região do Norte-Nordeste e em hospitais que são referência, mas não dispõem deste serviço. Dever-se-ia, dessa forma, trabalhar, nos profissionais, uma educação permanente para a conscientização dos benefícios proporcionados pelo *checklist* feito completo e da maneira correta, bem como a propagação da ideia de que prevenir traz mais benefícios e acarreta menores custos do que a intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Corona ARPD, Peniche ACG. The patient safety culture in the adherence to the safe surgery protocol. Rev SOBECC [Internet]. 2016 July/Sept [cited 2018 Aug 10];20(3):179-85. Available from: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/179-185.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 July [cited 2018 Aug 10];26(4):376-81. DOI: [10.1590/S0103-21002013000400012](https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012)
4. Pancieri AP, Carvalho R, Braga EM. Applying the safe surgery checklist: an experience repor. Rev SOBECC. 2014 Jan;19(1):26-33. DOI: [10.4322/sobecc.2014.006](https://doi.org/10.4322/sobecc.2014.006)
5. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Brasília: OPAS; 2009 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
6. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Detalhes que salvam vidas: como a equipe de Enfermagem tornou-se protagonista no processo de ampliação da segurança do paciente no centro cirúrgico [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2014 [cited 2018 Aug 10]. Available from: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/54_CAPA_cirurgia_segura.pdf
7. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico [Internet]. 2nd ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <http://www.in.gov.br/materia/>
9. Pires MPO, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Surgical Safety in Pediatrics: practical application of the Pediatric Surgical Safety Checklist. Rev Latino Am-Enfermagem. 2015 Nov/Dec;23(6):1105-12. DOI: [10.1590/0104-1169.0553.2655](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0553.2655)
10. Souza RM, Araújo MGS, Verrissimo RCSS, Comasseto I, Ferreira FAS. Safe surgery checklist applicability in hospital surgery centers. Rev SOBECC. 2016;21(4):192-7. DOI: [10.5327/Z1414-4425201600040003](https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600040003)
11. Garcia TF, Oliveira AC. Self-reported index of the orthopedic surgery team on the surgical safety checklist and implementation protocol. Cogitare Enferm. 2018;1(23):e52013. DOI: [10.5380/ce.v23i1.52013](https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52013)
12. Araújo MPS, Corrêa AR, Souto CF, Mota EC, Oliveira AC. Surgery on the Wrong Side. Rev Cubana enferm [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 10];34(2). Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/articloe/view/1422/356>
13. Mourão J, Pereira L, Alves C, Andrade N, Cadilha S, Perdigão L. I Anestesiologia quality and safety indicators in anesthesia Joana. Rev Soc Port Anesthesiol. 2018; 27(2):23-7. DOI: [10.25751/rspa.13568](https://doi.org/10.25751/rspa.13568)
14. Órfão JM, Aguiar JG, Carrilho A, Ferreira A, Leão A, Mourato C, et al. Consensos na gestão clínica da via aérea em anestesiologia. Rev Soc Port Anesthesiol [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Aug 12];25(1):7-31. Available from: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/2644>.
15. Sousa-Pinto B, Pereira AM, Fonseca JA. Impact of drug allergy diagnosis. Rev Port Imunoalergologia [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Feb 12];25(4):249-58. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v25n4/v25n4a03.pdf>
16. Grando JPS, Azevedo EMM, Souza VO, Couto JD. Critical analysis of the indications for blood transfusions in surgery. Semina: Ciênc Biol Saúde [Internet]. 2005 Jan/June [cited 2019 Aug 15];26(1):65-70. Available form: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3615/2923>
17. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Analysis of the registration and content of surgical safety checklists. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015 Apr/June;19(2):246-51. DOI: [10.5935/1414-8145.20150032](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150032)
18. Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E, Feldman LM, Peterlini MAS, Harada MJCS, et al. Conselho Regional de Enfermagem do Estado De São Paulo, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - Polo São Paulo. 10 Passos para a Segurança do Paciente [Internet]. São Paulo: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index>

COREN-SP; 2010 [cited 2018 Aug 10]. Available from:

https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf

19. Oliveira AC, Abreu AR, Almeida SS. Implementation of safe surgery checklist in a university hospital. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 10];8(4):14-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/972/408>

20. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde. 7th ed. Barueri: Manole; 2017.

21. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GSD. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017 July;25:e2907. DOI: [10.1590/1518-8345.1854.2907](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907)

22. Dezordi CCM, Stumm EMF. Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 June 15];12(3):816-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/2ff4/922bd3e6c99ecd8d6418c930f7d45bbd61e8.pdf>

Correspondência

Samanta Alves Ramos de Oliveira

E-mail: samanta_alves@outlook.com

Submissão: 03/09/2019

Aceito: 18/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.