

Universidade Estadual Paulista – UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Curso de Graduação em Enfermagem

Ana Paula Pancieri

*Checklist* de cirurgias da OMS: Análise da segurança e comunicação da  
equipe cirúrgica de um hospital escola

Botucatu  
2011

Universidade Estadual Paulista – UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Curso de Graduação em Enfermagem

Ana Paula Pancieri

*Checklist* de cirurgias da OMS: Análise da segurança e comunicação da  
equipe cirúrgica de um hospital escola

Monografia de conclusão de  
curso do curso de Graduação em  
Enfermagem. Faculdade de  
Medicina de Botucatu – UNESP.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Ass. Dra. Eliana Mara Braga

Botucatu  
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Pancieri, Ana Paula.

Checklist de cirurgias da OMS: análise da segurança e comunicação da equipe cirúrgica de um hospital escola / Ana Paula Pancieri. – Botucatu [s.n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga

Capes: 40400000

1. Comunicação na medicina. 2. Sala de cirurgia. 3. Hospitais – Medidas de segurança.

Palavras-chave: Comunicação; Lista de checagem; Salas Cirúrgicas; Segurança.

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Célia e Paulo, por todos os esforços empenhados à minha formação acadêmica.*

*Aos meus irmãos, Letícia e Daniel, por todo apoio e incentivo em todas os momentos da minha graduação.*

## AGRADECIMENTOS

*À Prof. Dra. Eliana Mara Braga, pela orientação, por todo incentivo e motivação durante o trabalho.*

*Às Enfermeiras Marla Garcia Avila, Ivana Regina Gonçalves, Ariane Marques Moises, Itamara Martins, Vanessa Cristina Anizi, Daniele Lopes Dionisio, Darlene Bravim Cerqueira e Suzimar Benato Fusco pelo acolhimento no campo de estágio, por todo o aprendizado proporcionado, pelo apoio nas dificuldades e pela amizade cultivada.*

*À Equipe de Enfermagem da Unidade Técnica de Enfermagem Centro Cirúrgico do HC da UNESP, pelo acolhimento e por colaborarem com o desenvolvimento deste trabalho.*

*Às Equipes de Anestesiologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Gastrocirurgia, Neurocirurgia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia pela recepção e por colaborarem no desenvolvimento deste trabalho.*

*Às amigas Bruna, Mariana, Natália, Linda e Flávia, presentes em todos os momentos da graduação, me apoiando em todas as decisões tomadas.*

*Ao Fernando de Oliveira Alcarde e Rosa Inês Paes Ortiz em nome de todos os funcionários do Departamento de Enfermagem, pela ajuda nas horas solicitadas.*

*À Juliana Cristina Interdonato e Carlos Pantoni pela tradução do resumo.*

*À bibliotecária Rosemeire Aparecida Vicente pela ficha catalográfica.*

*É exatamente disso que a vida é feita, de momentos.*

*Momentos que temos que passar, sendo bons ou ruins, para o nosso próprio aprendizado. Nunca esquecendo o mais importante: Nada nessa vida é por acaso. Absolutamente nada.*

*Por isso, temos que nos preocupar em fazer a nossa parte, da melhor forma possível.*

*A vida nem sempre segue a nossa vontade, mas ela é perfeita naquilo que tem que ser.*

*(Chico Xavier)*

## RESUMO

Em 2007, a OMS lançou o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” pretendendo reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança. O resultado de uma avaliação em oito instituições pilotos no mundo mostra que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance dos usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados. Os objetivos da OMS com a campanha são diminuir a morbimortalidade em pacientes cirúrgicos dando às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares orientações sobre o padrão de uma cirurgia segura e oferecer um instrumento de avaliação uniforme do serviço para vigilância nacional e internacional. **Objetivos:** Aplicar o *checklist* de “cirurgia segura” da OMS nas especialidades cirúrgicas de um hospital escola e verificar a opinião da equipe cirúrgica sobre a influência da aplicação do *checklist* na segurança do processo cirúrgico e na comunicação interpessoal da equipe. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de campo, descritivo, analítico com abordagem qualitativa, realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Escola em uma instituição pública no interior do estado de São Paulo, no segundo semestre de 2011. O *checklist* foi aplicado numa média de quatro cirurgias de oito especialidades cirúrgicas, resultando num total de 30 cirurgias. A aplicação do *checklist* foi conduzida pela pesquisadora em três etapas: Identificação, Confirmação e Registro. A seguir, foi destacado um componente da equipe cirúrgica para participar voluntariamente do estudo, assinando o TCLE e respondendo à algumas questões norteadoras. Participaram da pesquisa 30 membros da equipe cirúrgica. Para organização e análise dos dados, recorremos ao Método de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Quanto à segurança proporcionada pelo *checklist*, emergiram as seguintes categorias temáticas: “Diminui riscos e possíveis complicações”, “Padroniza condutas e revê passos de segurança”, “Possibilita melhor compreensão do processo” e “Fornece segurança à equipe como um todo”. Quanto ao *checklist* não proporcionar segurança ao procedimento emergiu a categoria: “Não está inserido na rotina da instituição”. Quanto à comunicação, emergiram duas categorias temáticas: “Não percebeu mudanças na comunicação interpessoal da equipe cirúrgica a partir da aplicação do *checklist*” e “Percebeu maior comunicação entre a própria equipe e com a família, antevendo riscos cirúrgicos” **Considerações finais:** Os sujeitos não perceberam mudanças na comunicação interpessoal com o uso do *checklist*, porém acharam que o uso proporcionou mais segurança ao procedimento. Adaptações ao *checklist* foram sugeridas, e o supervisor técnico da unidade adotou essa ferramenta para uso diário, além de convidar a pesquisadora para capacitar os profissionais para aplicação do *checklist*. A viabilidade de implantação dessa ferramenta foi confirmada, e cabe ao enfermeiro, líder da equipe adotar o *checklist* e encorajar a participação de todos já que o seu uso traz benefícios para o paciente e para a equipe cirúrgica.

**Palavras-chave:** Segurança, Comunicação, Salas Cirúrgicas, Lista de Checagem

## ABSTRACT

WHO has launched the “Safe Surgery Saves Lives” program with the purpose to reduce damage to surgical patients and define safety standards specifically in order to reduce such patients’ morbi-mortality by providing surgery teams and hospital managers with orientation about the standards of safe surgery and a uniform service evaluation instrument for national and international surveillance. Hence, this study aimed at applying the WHO safe-surgery checklist to the surgical specialties of a university hospital and evaluating the team’s opinion about the influence of its application on the safety of surgical process and on the team’s interpersonal communication. It was a descriptive, analytical, qualitative field study conducted in the surgery facilities of a university hospital in a public establishment in São Paulo state. The checklist was applied to eight surgical specialties, resulting in a total number of 30 surgeries. Its application was conducted by the researcher in three phases: Sign in, Time out, Sign Out. Next, one member of the surgery team was invited to voluntarily participate in the study by signing an informed consent form and answering guiding questions. Thirty members of the surgery team participated in the study. Bardin’s Content Analysis Method was used to organize and analyze the data. **Results:** As regards the safety provided by the checklist, the following thematic categories emerged: “It reduces risk and possible complications”; “It standardizes conducts and reviews safety steps”; “It allows for better understanding of the process”; and “It provides safety to the team as a whole”. The category “It is not included in the institution’s routine” emerged from the subjects’ statements when they understood that, in this form, the checklist does not provide safety to surgical procedures. As regards communication, two thematic categories emerged: “Changes in the surgery team’s personal communication was not perceived from the checklist application” and “Better communication was perceived between the team and patients’ families, and surgical risk was foreseen”. **Concluding remarks:** The subjects did not perceive changes in interpersonal communication by using the checklist; however, they reported that its application provided greater safety to procedures. Adaptations to the checklist were suggested, and the unit’s technical supervisor adopted this tool as a daily routine, in addition to inviting the researcher to train professionals for the checklist application. The feasibility of implementing this tool was apprehended by the team, and it is up to nurses, who work as team leaders, to adopt the checklist and encourage everyone’s participation, since its use brings benefits to patients and the surgical team.

**Keywords: Safety, Communication, Operating Rooms, Checklist**



## SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO</u>	<u>08</u>
<u>2 OBJETIVOS</u>	<u>16</u>
<u>3 MÉTODO</u>	<u>17</u>
<u>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	<u>21</u>
<u>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>31</u>
<u>REFERÊNCIAS</u>	<u>33</u>
<u>APÊNDICES</u>	<u>37</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>39</u>

## 1 INTRODUÇÃO

Em outubro do ano de 2004 a OMS (Organização Mundial de Saúde) lançou a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, que visa à conscientização para melhora da segurança dos cuidados, e o desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde, The Joint Commission, a importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu ramo internacional, Joint Commission International (JCI), foram designadas como Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”<sup>1,2</sup>.

Anualmente são lançados novos programas nas diferentes áreas de trabalho, a área 1, nomeada “Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente (Global Patient Safety Challenges)” pretende identificar os itens mais significativos do risco à segurança do paciente, essa área foi subdividida em três frentes que compreendem: objetivos, pactuação por parte dos países e diretrizes de implementação para auxiliar os governos a alcançar os objetivos<sup>1,2</sup>.

As frentes de trabalho:

❖ Cuidado Limpo é Cuidado Seguro, lançada e implantada nos anos de 2005 e 2006, foi o primeiro programa, objetiva evitar infecções relacionadas ao cuidado e manuseio, a prioridade para os países é reduzir as infecções e testar a diretriz da OMS para “Higienização das Mãos no Cuidado à Saúde”, foi o 1º Desafio Mundial para Segurança do Paciente cujos cinco elementos são:

- a. Segurança dos hemoderivados e seu uso.
- b. Segurança no uso de injetáveis e na imunização.
- c. Procedimentos clínicos seguros.
- d. Segurança na qualidade e disponibilidade de água e gerenciamento de resíduos no cuidado à saúde.

e. Higienização das mãos.

❖ Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives) implementado em 2007 e 2008 pretende reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS. Especialistas prepararam um *checklist* composto de três partes, sendo elas:

- **Identificação** (antes da indução anestésica), onde se verifica verbalmente a identidade do paciente, o procedimento e o local da cirurgia, e se o consentimento para a cirurgia foi dado. O coordenador observa se o lado correto da cirurgia foi, de alguma forma, sinalizado, e confere se o oxímetro de pulso foi colocado corretamente no paciente e está funcionando. Rever também, verbalmente, com a equipe de anestesia se o paciente possui vias aéreas de difícil acesso, risco de perda sanguínea ou de reação alérgica para garantir segurança na anestesia. O ideal seria que o cirurgião estivesse presente nesta fase, já que esse pode ter uma idéia mais clara sobre os fatores complicadores, contudo, a presença do cirurgião não é essencial para completar esta parte do *checklist*.
- **Confirmação** (antes da incisão na pele – pausa cirúrgica), todos em sala se apresentam (nome e função); esta etapa pode ser suprimida caso todos se conheçam, há a confirmação em voz alta da identidade do paciente, qual procedimento e qual parte do corpo será operada. Em seguida, o cirurgião, o anestesiológico e o membro da equipe de enfermagem, verbalmente, revisarão os pontos críticos para a cirurgia fazendo uso do *checklist* e confirmando o uso profilático de

antibióticos nos últimos 60 minutos, além disso, certificam-se que os exames de imagem estão disponíveis.

- **Registro** (antes do paciente sair da sala cirúrgica), em conjunto a equipe analisa o procedimento, contam-se as compressas e instrumentos, rotulam-se as peças anatômicas ou outras amostras obtidas, checam-se informações sobre quaisquer danos nos equipamentos, assim como outros problemas a serem resolvidos. E finalizam traçando os planos de cuidados em relação ao pós operatório, antes do encaminhamento do paciente à sala de recuperação anestésica <sup>1,3</sup>.

- ❖ Enfrentando a Resistência Microbiana (Tackling Antimicrobial Resistance)  
– programa que teve início em 2009 e foi lançado em 2010.

Existem outras 11 grandes áreas de atuação, como por exemplo: pacientes envolvidos no próprio cuidado; pesquisa para segurança; taxonomia; relato e aprendizagem, entre outras<sup>1,2</sup>.

Atualmente no mundo, é realizada uma cirurgia para cada 25 pessoas, o que ilustra a importância da segurança na realização do procedimento, estima-se que metade das cirurgias realizadas acarreta complicações e morte, e 50% dessas ocorrências seriam evitáveis<sup>2</sup>.

A evolução científica foi gigantesca nos últimos 50 anos e estima-se que muito há por vir até o fim do século. A comunidade científica detém o conhecimento, mas será que toda a população aproveita deste progresso? Dados coletados pela OMS no ano de 2008 mostram o número total de 234 milhões de cirurgias pelo mundo, sendo que, cerca de 7 milhões de pessoas enfrentam complicações provenientes de cirurgias; é inadmissível permitir que pessoas sofram, tapar os olhos diante dos custos de internações prolongadas e não utilizar de fato toda a sabedoria adquirida com a evolução. Isso levou a OMS e a

Universidade de Harvard a iniciar um programa para reduzir essa questão de saúde pública<sup>2,4</sup>.

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos, podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento, essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente<sup>4</sup>.

São muitos os fatores que podem levar uma equipe cirúrgica ao erro, colocando em risco a segurança do paciente, entre esses fatores pode-se citar: materiais inadequados sejam por esterilização inadequada ou por mau funcionamento; corpo estranho esquecido no paciente (instrumentais, compressas); dificuldade em reconhecer complicações durante a cirurgia; dificuldades em planejar o tratamento no cuidado pós operatório; perfurações ou hemorragias; intervenção com tempo prolongado e cirurgias de sítio ou indivíduo errados ou ainda o procedimento errado. Existem outras situações que acabam passando despercebidas, por serem corriqueiras, sendo assim de difícil mensuração, como a sobrecarga de trabalho, execução de diferentes tarefas concomitantes e muitas interrupções no procedimento<sup>5</sup>.

O resultado de uma avaliação em oito instituições pilotos no mundo (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), mostram que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance dos usuários receberem o tratamento cirúrgico com padrões de cuidado adequados. Nestes locais pilotos houve uma redução de 47% da mortalidade e as complicações que eram em média 11% agora são 7%<sup>4-7</sup>. Não é possível identificar o mecanismo responsável por essa redução, mas acredita-se que possa ser mudanças na rotina, comportamento da equipe, de cada membro individualmente e a comunicação interpessoal<sup>8</sup>. A iniciativa “Cirurgia Segura Salva Vidas” colabora com mais de 200 entidades entre Ministérios de Saúde, sociedades médicas nacionais e internacionais

e as organizações profissionais para reduzir a morbidade, mortalidade e as complicações no ato cirúrgico<sup>5,6</sup>.

No Brasil, até meados de 2010, 11 hospitais já adotavam a prática (que é exigida pela Join Commission International para acreditação do serviço de saúde). A cartilha com as recomendações de rotinas a se implantar para garantir a segurança nas cirurgias realizadas no país já foi traduzida para a língua portuguesa pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC)<sup>1,5,9,10</sup>.

Os objetivos essenciais estabelecidos pela OMS são:

- 1º. Realizar o procedimento correto no paciente certo no local certo.
- 2º. Proteger o paciente da dor por meio de anestésico administrado de maneira correta e conhecida.
- 3º. Reconhecer e preparar-se quanto ao risco para via aérea difícil.
- 4º. Reconhecer e preparar-se para existência de risco de perdas sanguíneas.
- 5º. Estar preparado para riscos de reações alérgicas.
- 6º. Minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico com meios conhecidos.
- 7º. Checar instrumentais e compressas para evitar esquecimento dentro do paciente.
- 8º. Identificar os espécimes cirúrgicos de forma segura.
- 9º. Garantir uma comunicação eficaz durante a cirurgia.
- 10º. Vigiar constantemente o número de procedimentos e analisar os resultados obtidos nas instituições de saúde.

Os quatro maiores problemas enfrentados na realização de um procedimento cirúrgico seguro são: assumir que existe um problema na segurança da cirurgia, a escassez de dados relacionados à mortalidade e eventos adversos em procedimentos cirúrgicos, principalmente, em relação à falta de padronização dos registros, o fato de nenhum país

realizar, de forma consciente, nenhuma prática segura em cirurgia e a alta complexidade em estabelecer e manter a segurança. A maneira mais promissora de enfrentar estas adversidades é criando o senso de equipe entre todos os profissionais, distribuindo responsabilidades e aumentando a atenção ao paciente e assim, sua segurança<sup>5</sup>.

Os objetivos da OMS com a campanha são diminuir a morbi-mortalidade em pacientes cirúrgicos dando, às equipes cirúrgicas e administradores hospitalares, orientações sobre a função de cada indivíduo e qual é o padrão de uma cirurgia segura, oferecer ainda um instrumento de avaliação uniforme do serviço para vigilância nacional e internacional. As normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do planeta, avaliando e controlando o uso do *checklist* nos locais pilotos ligados a OMS e disseminando a prática para as instituições no mundo todo<sup>6</sup>.

A implementação do *checklist* é de custo baixo resumindo-se a reprodução e distribuição do instrumento, a dificuldade na aplicação se encontra na equipe cirúrgica, estima-se que é necessário o tempo total de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação, e orienta-se que uma única pessoa seja responsável por essa aplicação, o profissional é o enfermeiro, mas qualquer profissional em sala pode ser o coordenador da verificação. Esse profissional deve ter plena autoridade sobre o processo cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir o avanço, se julgar insatisfatório um item necessário, isso pode incorrer em desgaste perante a equipe dependendo da maturidade da mesma. Se ocorrer violações na checagem, todo o processo terá ocorrido em vão, visto que são os pequenos detalhes que passam despercebidos causando os riscos<sup>11,12</sup>.

Quando o profissional de enfermagem está atuando em centro cirúrgico, uma série de itens ligados à segurança do paciente já é de sua competência, essas responsabilidades vêm aumentando em consonância com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, que na década de 60 se resumia à área instrumental e cuidados gerais com o paciente, hoje se

desenvolve em embasamento técnico-científico, área administrativa, assistencial, pesquisa, ensino, entre outras<sup>5</sup>.

A responsabilidade nos casos prejudiciais deve ser atribuída às falhas na estrutura, na organização e no funcionamento do sistema e não ao profissional. Culpar e punir não são as formas mais efetivas de evitar que o erro volte a acontecer, excluindo casos como negligência deliberada. Comunicar erros é o primeiro passo para reduzi-los, mas no sistema vigente de culpa e humilhação, nem tudo que acontece é relatado, impedindo que os outros possam aprender com situações nas quais não estavam presentes. Aprender sobre erros auxilia o aprimoramento de processos clínicos e a prevenção de futuros casos similares<sup>5,13</sup>.

É preciso atentar para a integração e interação com a equipe, utilizar a checagem como meio de comunicação interpessoal, um facilitador na assistência ao paciente, visto que a comunicação não verbal fica um pouco prejudicada com o uso de máscaras, óculos de proteção, e toda a paramentação exigida em campo cirúrgico<sup>14</sup>.

O relacionamento interpessoal é o segundo item apontado como agente estressor em profissionais de centro cirúrgico, atrás somente de sobrecarga de trabalho. O uso do *checklist* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, assim como a divisão das responsabilidades para toda equipe<sup>14</sup> e estudos já mostraram que o *checklist* melhorou a comunicação dentro da sala cirúrgica, bem como que apresentação dos membros da equipe, antes do procedimento, melhora a segurança para o paciente<sup>16</sup>.

Assim, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada. O bom uso se dá quando as equipes compreendem a importância, a necessidade, enfim, aceitam o processo e incorporam 'o novo' à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e equipe é essencial para o sucesso do procedimento<sup>8</sup>.

Estudo realizado neste hospital mostrou vários aspectos positivos sobre o *checklist* como a segurança proporcionada ao paciente e à equipe, prevenindo erros e a viabilidade de



implementação do *checklist* em hospitais escola. Também foram apontados aspectos negativos como, a utilização do *checklist* em cirurgias de emergência, onde o tempo utilizado realizando a checagem pode implicar em pior prognóstico para o paciente. Outro fator é a sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, que já é responsável em grande parte pela burocracia existente no centro cirúrgico<sup>17</sup>. Porém outro estudo mostrou que em circunstâncias onde se necessita de uma intervenção cirúrgica rápida, o *checklist* foi viável e ajudou a equipe a garantir que os padrões de cuidado fossem realizados em tempo hábil<sup>18</sup>.

Diante do exposto, pretendemos neste estudo ampliar a aplicação do *checklist* para as especialidades cirúrgicas de um hospital escola com a finalidade de indicar que sua aplicação pode ampliar a segurança dos procedimentos cirúrgicos, além de propiciar a implementação deste em instituições desta natureza.

## 2 OBJETIVOS

- Aplicar o *checklist* de “cirurgia segura” da OMS nas especialidades cirúrgicas de um hospital escola.
- Verificar a opinião da equipe cirúrgica sobre a influência da aplicação do *checklist* na segurança do processo cirúrgico e na comunicação interpessoal da equipe.

### **3 MÉTODO**

#### **Tipo do Estudo**

Tratou-se de um estudo de campo, descritivo, analítico com abordagem qualitativa.

O método qualitativo permite trabalhar com o universo dos significados, estudando as relações, as percepções, as opiniões. Favorece investigações de discursos, de história do ponto de vista dos atores, de grupos e segmentos delimitados, de relações e análise de documentos<sup>19,20</sup>.

#### **Local e Período do Estudo**

O estudo foi realizado no Centro Cirúrgico de um Hospital Escola em uma instituição pública no interior do estado de São Paulo, no segundo semestre de 2011.

O Centro Cirúrgico da instituição estudada é constituído de 11 salas operatórias que atendem cirurgias porte I, II, III e IV de diversas especialidades, de acordo com o horário semanal estabelecido para cada equipe. Realiza aproximadamente 9000 cirurgias/ano.

#### **Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos do estudo foram 30 membros da equipe cirúrgica (cirurgião, anesthesiologista, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) que estiveram presentes na três etapas da aplicação do *checklist*.

#### **Procedimento de Coleta de Dados**

Primeiramente foi encaminhada uma cópia do projeto aos profissionais responsáveis pela Unidade de Centro Cirúrgico deste hospital para análise e autorização. Posteriormente,

foi encaminhado o projeto aos responsáveis pelas Disciplinas de Anestesiologia e das 12 Disciplinas Cirúrgicas que utilizam o horário cirúrgico desta unidade. Obtivemos autorização da Anestesiologia e de 8 das 12 disciplinas cirúrgicas sendo elas: Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Gastrocirurgia, Neurocirurgia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia,

Em seguida o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, recebendo autorização deste mediante ofício 130/11(Anexo I).

No momento seguinte, iniciou-se a aplicação do *checklist* (Anexo II) que foi conduzida pela pesquisadora nas três etapas sugeridas pela OMS: **Identificação**, realizada antes da indução anestésica; **Confirmação**, com a presença de todos os membros da equipe na sala de operação; e **Registro**, transcrição completa do procedimento e planejamento de cuidados essenciais para a recuperação do paciente.

A seguir, foi destacado um componente da equipe cirúrgica para participar voluntariamente do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) e respondendo à quatro questões norteadoras :

- Você acha que a aplicação do *checklist* proporcionou segurança no processo cirúrgico? Justifique.
- Você observou mudanças na comunicação interpessoal da equipe cirúrgica a partir da aplicação do *checklist*? Você pode citar exemplos?
- Se você estivesse atuando em uma sala cirúrgica, você gostaria que o *checklist* fosse aplicado? Por que?
- Você já conhece algum *checklist* sobre segurança em sala de cirurgia?

### **Tratamento dos Dados**

Para organização e análise dos dados, recorreremos ao Método de Análise de Conteúdo.

A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>21</sup>.

Segundo a autora, o método de análise de conteúdo é composto de três fases:

1. Pré-análise
2. Exploração do material
3. Tratamento dos resultados, a inferência e interpretação

A pré análise é a fase de organização e sistematização das idéias iniciais devendo ser preciso e flexível. Nessa fase, o autor sugere a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, à formulação de hipóteses e indicadores que fundamentem a interpretação final. Portanto, o pesquisador fará a leitura dos textos, exaustivamente, buscando uma representatividade à amostra selecionada. Na preparação deste material, o pesquisador deverá transcrever, na íntegra, as respostas obtidas e para facilitar a manipulação da análise.

A exploração do material é a administração das decisões tomadas na fase anterior. Consiste essencialmente de operações de codificação e categorização, em função de regras previamente formuladas. A codificação contempla a transformação, por recorte, agregação e enumeração dos dados brutos do texto permitindo uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo através da classificação das categorias.

A categorização é uma operação de classificação dos elementos constituídos por diferenciação, ou seja, o agrupamento dos elementos do texto comuns segundo o gênero. O critério de categorização pode ser semântico; sintático; léxico e expressivo, onde semântico significa o agrupamento por temas de um mesmo significado ou assunto; sintático quando se agrupa verbos e adjetivos; léxico é a classificação das palavras emparelhando os sinônimos e sentidos próximos; e expressivo, que classifica as perturbações da fala.

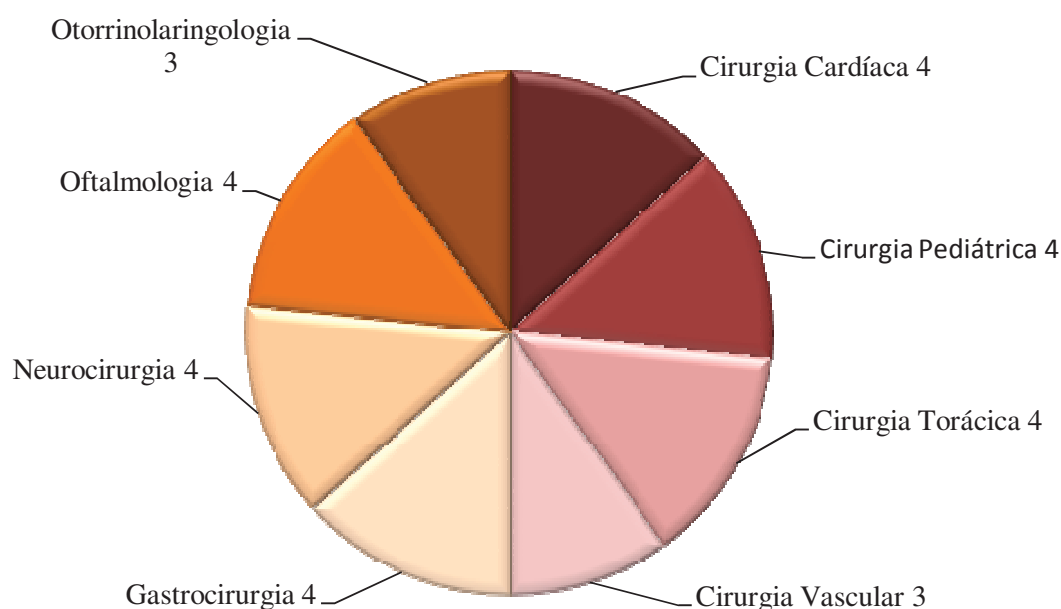
O tratamento dos dados obtidos, a inferência e interpretação ocorrem quando os elementos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O pesquisador, por sua vez, pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, confrontando os resultados obtidos com o material servindo de base para a análise.

A decodificação e interpretação da pesquisa foi definida por categorias semânticas classificadas após a transcrição das entrevistas, optou-se pelo recorte das falas em textos comparáveis de categorização para análise temática.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

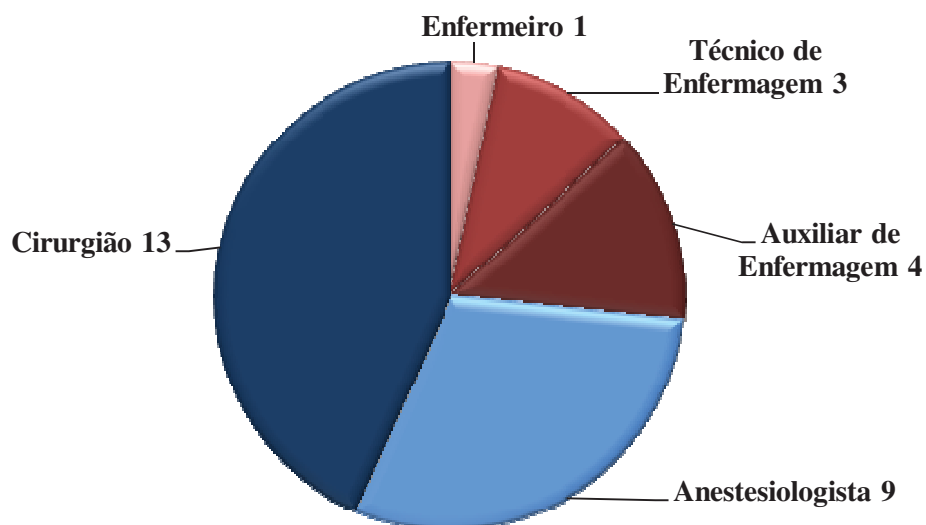
O *checklist* foi aplicado numa média de quatro cirurgias por especialidade, resultando num total de 30 cirurgias. A escolha da especialidade foi realizada através do cronograma cirúrgico diário, com a preocupação em aplicar o mesmo número de *checklist* em cada especialidade (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - Distribuição do número de aplicação do *checklist* de acordo com as especialidades participantes do estudo. São Paulo, 2011.**



Participaram da pesquisa 30 membros da equipe cirúrgica (oito da equipe de enfermagem, incluindo enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem; nove da equipe de anestesia e 13 da equipe de cirurgia, incluindo cirurgião e assistente) (Gráfico 2), integrantes da equipe de oito especialidades cirúrgicas onde o *checklist* foi aplicado. Os sujeitos do estudo se constituíram numa população jovem, ou seja, apresentando uma idade mediana de 28 anos. 73,3% (22) dos sujeitos do estudo foram médicos residentes, justificando essa idade (Tabela 1). No que se refere ao sexo, do total de sujeitos do estudo, 50% são do sexo feminino e 50% são do sexo masculino.

**Gráfico 2- Distribuição dos participantes do estudo segundo a função exercida na instituição. São Paulo, 2011.**



A partir dos objetivos deste estudo, onde nos propomos a aplicar o *checklist* de cirurgias seguras e analisar a sua contribuição para a segurança do processo cirúrgico, bem como a possibilidade de melhoria na comunicação interpessoal das equipes na unidade cirúrgica estudada, obtivemos resultados que nos remetem a operacionalizar este instrumento como viável para garantir cirurgias seguras e implementar processos comunicativos efetivos nestes ambientes.

Representaremos as falas dos sujeitos organizadas de acordo com as letras: 'A' para os Anestesiologistas, 'C' para os Cirurgiões e Assistentes e 'E' para a Equipe de enfermagem, ou seja: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Circulantes de Sala e Instrumentadores).

Quanto à segurança proporcionada ao processo cirúrgico através da aplicação do *checklist*, os significados que os sujeitos atribuíram foram classificados em categorias temáticas e dois grupos.



**Tabela 1 – Média e Mediana da Idade, Tempo na Instituição e Tempo na Função em anos por equipes, e Sexo dos participantes do estudo, São Paulo, 2011.**

		IDADE (anos)		Tempo na Instituição (anos)		Tempo na Função (anos)		Sexo	
		Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Feminino	Masculino
<b>Enfermagem</b>	Enfermeiro	1							
	Auxiliar de Enfermagem	2	38,5	10,5	11,8	7	7,6	7	1
	Técnico de Enfermagem	3							
<b>Cirurgia</b>	Cirurgião	10	27	7	5,7	2	2,6	4	9
	Assistente	3							
<b>Anestesiologista</b>		9	28	8	6,5	2	2	4	5
<b>TODOS</b>		<b>30</b>	<b>28</b>	<b>7,3</b>	<b>7,9</b>	<b>2,2</b>	<b>3,9</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

### **A. O *checklist* proporcionou segurança ao processo cirúrgico**

Neste grupo emergiram quatro categorias temáticas a partir das respostas de 80% (24) sujeitos.

#### **Categoria 1 – Diminui riscos e possíveis complicações**

*“As chances de falha diminuem” (E 1)*

*“Diminui os riscos, garante segurança” (C 2)*

A diminuição da morbidade e mortalidade com o uso do *checklist* foi mostrada em um estudo multicêntrico, realizado em oito hospitais de oito países, de diversos contextos econômicos, num total de 3955 cirurgias <sup>7</sup>. Isso demonstra a viabilidade de implantação em qualquer instituição. As normas a serem seguidas podem ser utilizadas em qualquer parte do planeta, disseminando a prática para as instituições no mundo todo<sup>6</sup>.

#### **Categoria 2 – Padroniza condutas e revê passos de segurança**

*“Necessitamos que todos os materiais estejam prontos se ocorrer alguma complicação inesperada” (A 2)*

*“Revisa os materiais e seu funcionamento” (A 9)*

*“Controla procedimentos” (C 4)*

*“Deve ser feito para padronizar condutas” (C 7)*

*“Ajuda a lembrar e rever passos” (C 9)*

*“Revisão de diversos itens no pré cirúrgico imediato” (C 10)*

Admitir que erros acontecem e comunicá-los é o primeiro passo para reduzi-los, mas no sistema vigente de culpa e humilhação, nem tudo que acontece é relatado, impedindo que os

outros possam aprender com situações nas quais não estavam presentes. Aprender sobre erros auxilia o aprimoramento de processos clínicos e a prevenção de futuros casos similares<sup>5, 13</sup>.

### **Categoria 3 – Possibilita a melhor compreensão do processo**

*“Orienta-nos a melhor compreensão do processo” (C 8)*

*“Comunica toda a equipe sobre o procedimento a ser realizado com suas possíveis complicações e riscos” (C12)*

O uso do *checklist* envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe<sup>7</sup>. Com a experiência da aplicação do *checklist*, foi percebido que apesar de se interessar pelo uso, alguns não estão preocupados com a mudança de seu comportamento para a realização do *checklist*. Quando há o trabalho coletivo, a equipe passa a se perceber mais do que meros executores de tarefas, resgatando a dimensão afetiva do trabalho<sup>22</sup>.

### **Categoria 4 – Fornece segurança a equipe como um todo**

*“Com o checklist as chances de esquecimentos são muito menores” (A3)*

*“Reforça itens que são importantes para a segurança do procedimento”(A4)*

*“Garante mais segurança à equipe” (E 2)*

*“Ficamos mais tranquilos sabendo que todo material está na sala” (E 6)*

*“Facilita a vida das pessoas” (E 5)*

Acredita-se que a introdução do *checklist* é um importante passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica<sup>8</sup>. O presente estudo mostrou que esta equipe cirúrgica está disposta a essa nova cultura, pois 100% dos sujeitos afirmaram que gostariam que o *checklist* fosse aplicado se estivessem atuando em uma sala cirúrgica, pois é um meio de padronizar a rotina, traz mais segurança ao paciente, prevê complicações, evita o erro e é um meio de organizar o ato cirúrgico.

## **B. O *checklist* não proporciona mais segurança ao processo cirúrgico**

A construção desta categoria temática emergiu das respostas de seis sujeitos do estudo:

### **Categoria 5 – Por não estar inserido na rotina da instituição**

*“Não mudou as condutas nem a seqüência de eventos do intra-operatório” (A 7)*

*“Não, não temos a rotina de realizá-lo” (E 5)*

*“Não acho que proporcionou mais segurança. Acredito que dentro de uma equipe cirúrgica cada um tem sua segurança individual, e existe também o trabalho de equipe, mas independente de existir um *checklist* para isso” (C1)*

*“As perguntas não foram diferentes das práticas habituais” (C 11)*

A implementação do *checklist* é de custo baixo resumindo-se a reprodução e distribuição do instrumento, a dificuldade na aplicação se encontra na equipe cirúrgica.

A maneira mais promissora de enfrentar estas adversidades é criando o senso de equipe entre todos os profissionais, distribuindo responsabilidades e aumentando a atenção ao paciente e assim, sua segurança<sup>5</sup>.

Quando questionados sobre como o uso do *checklist* teve influência na comunicação interpessoal da equipe, os seguintes significados foram atribuídos por 26 sujeitos do estudo:

### **Categoria 1 – Não percebi mudanças na comunicação interpessoal da equipe cirúrgica a partir da aplicação do *checklist***

*“Ainda não observei mudanças” (A 3)*

*“Não havia nenhuma irregularidade” (A 6)*

*“Já existe uma boa comunicação entre as equipes” (A 8)*

*“Acho precoce esta avaliação com um evento isolado” (C 5)*

A falha na comunicação é um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos e eventos adversos, pois não há a transferência de informações<sup>23</sup>. Acredita-se que a maioria dos sujeitos não tenha percebido que com o *checklist* eles praticaram comunicação com toda a equipe, enquanto confirmavam itens, comunicavam suas ações e preocupações a todos da sala de cirurgia.

Enquanto 86% dos nossos sujeitos não perceberam mudanças na comunicação interpessoal, outro estudo mostrou que 84% dos sujeitos de sete países onde o *checklist* foi aplicado, relataram que a comunicação na sala cirúrgica melhorou<sup>16</sup>. Uma boa comunicação nas relações de trabalho se desenvolve quando conhecemos as características e necessidades próprias e do outro, quando acreditamos na capacidade de relato das pessoas, somos capazes de perceber em nós e também no outro, sintomas de ansiedade, observamos nosso próprio não verbal, reconhecemos as diferenças entre as pessoas e, por fim, quando tratamos os outros com o respeito que gostaríamos de ser tratado<sup>24</sup>.

Uma amostra francesa, da aplicação do *checklist* em 40000 cirurgias de um hospital universitário, mostrou que os profissionais têm dificuldade em compartilhar informações oralmente na pausa cirúrgica<sup>25</sup>. Durante a experiência da aplicação do *checklist* percebeu-se dificuldade de poucos cirurgiões em compartilhar informações, especialmente, nessa mesma etapa (pausa cirúrgica - antes da incisão cirúrgica).

A comunicação na sala cirúrgica continua insuficiente segundo estudo de um ano em um hospital universitário da França, mas é uma característica importante a ser melhorada<sup>26</sup>. Não só na sala cirúrgica, mas também com o paciente, pois foi mostrado que o *checklist* detectou uma situação onde a responsável pelo paciente não tinha pleno conhecimento do procedimento cirúrgico a ser realizado. A comunicação competente propicia humanização e constrói um cuidar de modo transformador, e vem da interação entre pacientes e colegas de trabalho<sup>27</sup>.

Estudos realizados em dois hospitais universitários da França<sup>25, 26</sup> mostraram resultados semelhantes ao nosso, relacionados à comunicação interpessoal. Hospitais universitários

costumam ter alta rotatividade nas equipes e, na possibilidade dos médicos residentes não permanecer muito tempo na mesma equipe, não se sentem parte dela, o que dificulta o amadurecimento do grupo.

### **Categoria 2 – Percebeu mudanças na comunicação interpessoal entre a própria equipe e com a família**

Quatro sujeitos relataram que perceberam mudanças na comunicação interpessoal:

*“Em relação a esta cirurgia, a mãe da criança ainda não havia conversado com o médico sobre o local da incisão e tempo cirúrgico e a aplicação do checklist apontou a situação”*  
(E 6)

*“Antevê riscos cirúrgicos que poderiam causar dificuldades interpessoais na equipe”* (C 2)

*“Maior conhecimento e comunicação da equipe”* (C 9)

*“Etapas críticas sempre enfatizadas pelo orientador”* (C 12)

O *checklist* é um instrumento de comunicação, trazendo a oportunidade de melhorá-la entre os profissionais da sala cirúrgica<sup>26, 28</sup>. Em um hospital universitário da Finlândia, parte de um estudo multicêntrico mostrou que circulantes de sala e anesthesiologistas perceberam melhoras na comunicação após a aplicação do *checklist*<sup>23</sup>. Com uma boa interação profissional e a definição clara dos papéis de cada um, a comunicação fica facilitada<sup>22, 24</sup>.

Mudanças positivas na percepção do clima de trabalho em equipe estão relacionadas com a melhoria da morbidade e mortalidade pós-operatória<sup>16</sup>.

O relacionamento interpessoal é o segundo item apontado como agente estressor em profissionais de centro cirúrgico, atrás somente de sobrecarga de trabalho. O uso do *checklist* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, assim como a divisão das responsabilidades para toda equipe<sup>14</sup>.

Assim, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada. O bom uso se dá quando as equipes compreendem a importância, a necessidade, enfim, aceitam o processo e incorporam 'o novo' à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e equipe é essencial para o sucesso do procedimento. A introdução do *checklist* de cirurgia segura é um grande passo para uma nova prática médica segura<sup>8</sup>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo nos possibilitou perceber que a ampliação da segurança em procedimentos cirúrgicos prevê investimentos no conhecimento em relação ao ato cirúrgico, tanto para o paciente como para a equipe.

A viabilidade de implantação do *checklist* foi mostrada em estudos de vários hospitais, em muitos países, em todos os contextos econômicos, porém ainda percebemos dificuldades na implantação desta ferramenta de segurança em hospitais de ensino, especialmente, no que se refere à aceitação da equipe cirúrgica.

O enfermeiro sendo o líder desta unidade pode adotar esta ferramenta que trará benefícios para os profissionais e pacientes que utilizam a Unidade de Centro Cirúrgico, além de encorajar a participação de todos nessa nova iniciativa.

Portanto, a introdução do *checklist* de cirurgia segura pode ser um grande passo para uma nova prática de segurança em centros de cirurgia.

A maioria dos sujeitos do estudo referiram não perceber melhoras na comunicação interpessoal, porém na experiência da pesquisadora, ocorreram mudanças na comunicação, especialmente, na segunda parte do *checklist*, ou seja, na pausa cirúrgica quando surgiram diálogos entre o orientador da cirurgia e o anestesiológico sobre as condições clínicas do paciente. Talvez sem a pausa para cada um expressar suas preocupações em relação ao paciente, essas discussões não existiriam.

De acordo com orientações da OMS, mudanças na estrutura do *checklist* podem ser necessárias e para a realidade da nossa instituição, sugerimos alterações (Apêndice II):

- Qual foi o antibiótico profilático e o horário em que foi administrado, e não questionar apenas se este foi administrado na última hora.



- Para a perda sanguínea prevista, anotar quais hemocomponentes foram planejados e comunicado ao banco de sangue.
- Quanto à amostra para anatomia, anotar qual foi a amostra e se o cirurgião fez o pedido, e não apenas se está identificada.
- O registro do procedimento, deverá ser checado antes da saída do paciente da recuperação anestésica, pois, ao aguardar o registro ser feito para deixar a sala cirúrgica, há possibilidade de atrasar a liberação da sala para realização da limpeza e entrada da próxima cirurgia, gerando discussões desnecessárias entre as equipes.

Estas sugestões de alterações foram apresentadas a unidade que realizamos o estudo a pedido do supervisor da unidade, na seqüência, o *checklist* foi avaliado como viável para implantação nesta unidade pelo enfermeiro responsável.

A pesquisadora foi convidada pelo enfermeiro, supervisor técnico da Unidade de Centro Cirúrgico, a capacitar os profissionais para a aplicação do *checklist* e uma primeira reunião já foi realizada com esta equipe.

Entendemos que as limitações deste estudo se devem ao fato de quatro especialidades cirúrgicas (Cirurgia Plástica, Ginecologia, Ortopedia e Urologia) não terem participado do estudo, o que poderia ter nos remetido a outros resultados, porém na implantação deste modelo de segurança todas as especialidades estarão inseridas o que ampliará as possibilidades de cirurgias seguras nesta instituição.

## REFERÊNCIAS

1. World Alliance for Patient Safety Disponível em :  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/know/edgebase/WHO\\_Guidelines\\_Safe\\_Surgery\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/know/edgebase/WHO_Guidelines_Safe_Surgery_finalJun08.pdf)
2. Zambon LS. Campanha “cirurgia segura salva vidas”- Perguntas e respostas gerais. [acesso em 9/12/2009]. Disponível em  
[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2038/campanha\\_“cirurgia\\_segura\\_salva\\_vidas”\\_da\\_oms\\_perguntas\\_e\\_respostas\\_gerais.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2038/campanha_“cirurgia_segura_salva_vidas”_da_oms_perguntas_e_respostas_gerais.htm).
3. PROQUALIS.Informações sobre Segurança do Paciente para desenvolvimento do Portal PROQUALIS:Subsídios ao Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. [acesso em 10/12/2009]. Disponível em [http://cv-qualidadedocuidado.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=24](http://cv-qualidadedocuidado.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=24)
4. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. [editorial] Rev. Col. Bras. Cir. vol.36 no.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2009
5. Salles CLS, Carrara D. In: Cirurgia Segura. Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente. São Caetano do Sul (SP): Yendis;2009 p. 109-117.
6. Zambon LS. Introdução a Campanha “cirurgia segura salva vidas” [acessado em 09/02/2010]. Disponível em:  
[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/1979/introducao\\_a\\_campanha\\_“cirurgia\\_segura\\_salva\\_vidas”\\_da\\_oms.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/1979/introducao_a_campanha_“cirurgia_segura_salva_vidas”_da_oms.htm)
7. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger P, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360:491-499.
8. Schalack WS, Boermeester MA. Patient Safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. Curr Opin Anesthesiol 2010; 23:754-758.

9. ANVISA. Brasil se prepara para ter cirurgias mais seguras [acessado em 26/03/2010]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/NOTICIAS/2009/100309\\_2.htm](http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/NOTICIAS/2009/100309_2.htm)
10. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias 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 da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: [http://www.sobecc.org.br/noticias/Manual\\_CIRURGIA\\_SEGURA\\_ANVISA\\_2010.pdf](http://www.sobecc.org.br/noticias/Manual_CIRURGIA_SEGURA_ANVISA_2010.pdf)
11. Listas de verificação salvam vidas. Bull World Health Organ Genebra 2008 julho.86 (7).
12. Como Aplicar o Checklist em Poucas Palavras. [acessado em 09/02/2010]. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2102/manual\\_de\\_implementacao\\_do\\_checklist\\_da\\_campanha “cirurgia segura salva vidas” da oms.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2102/manual_de_implementacao_do_checklist_da_campanha_cirurgia_segura_salva_vidas_da_oms.htm)
13. Carrara D In: Comunicação e segurança do paciente. Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente. São Caetano do Sul (SP): Yendis;2009 p. 171-179.
14. Dobbro ERL, Sousa JM, Fonseca SM. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influência na comunicação interpessoal. Rev. esc. enferm. USP São Paulo 1999 outubro 32 (3).
15. Martins LMM, Bronzatti JAG, Vieira CSCA, Parra SHB, Silva YB. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev. esc. enferm. USP .São Paulo 2000 março.34.(1).
16. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. BMJ Qual Saf 2011; 20:102-107.
17. Santos BP. Cirurgias Seguras Salvam Vidas: aplicação e avaliação do checklist sugerido pela OMS em cirurgias infantis de um Hospital Escola [Trabalho de Conclusão de Curso].

- Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP; 2010.
18. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. Effect of A 19-Item Surgical Safety Checklist During Urgent Operations in a Global Patient Population. *Ann Surg* 2010; 251:976-980.
  19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ªed. São Paulo: Hucitec; 2006.
  20. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: vozes; 2007.
  21. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004
  22. Braga EM, Berti HW, Risso ACMCR, Silva MJP. Relações interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev. SOBECC* 2009; 14(1): 22-29.
  23. Helmiö P, Blomgren K, Takala A, Pauniahho SL, Takala RS, Ikoken TS. Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. *Clin Otolaryngol* 2011 Jun; 36(3): 242-247.
  24. Braga EM, Sangiuliano LA, Silva MVG , Silva MJP. A Comunicação em Grupo entre Profissionais de Saúde. *Nursing* 2004; 7(73):36-41.
  25. Rateau F, Levraut L, Colombel AL, Bernard JL, Quaranta JF, Cabarrot P, et al. Check-list “Sécurité du patient au bloc opératoire”: une anée d’expérience su 40000 interventions au centre hospitalier de Nice. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 Jun; 30(6): 479-483.
  26. Paugam-Burtz C, Guerrero O. Check-list sécurité au bloc opératoire: le bilan après un an de deployment à l’hôpital Beaujon. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 Jun; 30(6): 475-478.
  27. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm* 2007;20(4):410-414.
  28. Cunat C, Flatin V, Viale J-P. Stratégie de deployment de la check-list dans un CHU. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 Jun; 30(6): 484-488.

## Apêndice I



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
CAMPUS DE BOTUCATU  
FACULDADE DE MEDICINA



**Departamento de Enfermagem**

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/6004 - FAX (014) 3813- 5264

E.Mail: [cenf@fmb.unesp.br](mailto:cenf@fmb.unesp.br)

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Ana Paula Pancieri, te convido a participar voluntariamente da pesquisa: “**Cirurgias Seguras Salvam Vidas: aplicação e avaliação do checklist sugerido pela OMS em um hospital escola**”.

O motivo que nos leva a estudar o assunto é divulgar e ampliar possibilidades práticas da aplicação do protocolo de Cirurgia Segura e sua futura implantação no centro cirúrgico desta instituição e aplicar o *checklist* proposto pela OMS em cirurgias infantis desta instituição e verificar as facilidades, dificuldades e a viabilidade nesta aplicação.

Após aplicação do *checklist* durante os procedimentos cirúrgicos você deverá responder por escrito três questões norteadoras. O tempo de 10 minutos, aproximadamente, é suficiente para a atividade. Os resultados obtidos serão afixados nos quadros de aviso no interior do centro cirúrgico para que você possa acompanhar a evolução do estudo.

Você terá, a qualquer momento, direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que venham ocorrer e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando, e elas serão usadas somente para a divulgação e publicação científica, garantindo sua privacidade sempre.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que poderei solicitar novas informações e que meu consentimento pode ser retirado se assim o desejar, além da certeza de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Em caso de dúvidas remanescentes poderei entrar em contato das seguintes formas:

---

Participante da Pesquisa

---

Ana Paula Pancieri

Pesquisadora

**Pesquisadora**

Ana Paula Pancieri

Telefone: (14) 9725-9687

e-mail: [appancieri@yahoo.com.br](mailto:appancieri@yahoo.com.br)

**Profª Orientadora**

Eliana Mara Braga

Profª Assistente Doutora do Departamento de Enfermagem da FMB-UNESP

Telefone comercial : (14) 3811-6070

E-mail: [elmara@fmb.unesp.br](mailto:elmara@fmb.unesp.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

Telefone: (14) 3811-6143



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



unesp

ESPECIALIDADE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE _____ SEXO _____ DN _____ / _____ / _____ (OU ETIQUETA)		ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/> TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE CONHECEM PELO NOME E FUNÇÃO? <input type="checkbox"/> TODOS CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SÍTIO CIRÚRGICO PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS		ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO REGISTRO <input type="checkbox"/> NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA IDENTIFICADA COM NOME E RG, E PEDIDO REALIZADO PELO CIRÚRGIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA QUAIS _____	
AMBU TESTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA FOCO FUNCIONANDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA POSICIONAMENTO DA MESA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> TESTADO EQUIPE (NOME E FUNÇÃO DE TODOS DA SALA)		CIRÚRGIO <input type="checkbox"/> ETAPAS CRÍTICAS/INESPERADAS? _____ DURAÇÃO PREVISTA DA CIRÚRGIA: _____ PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HEMOCOMPONENTE PEDIDO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS? _____ ANESTÉSIA ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO A ESSE PACIENTE? _____ ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> MATERIAIS/INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS? OUTRAS PREOCUPAÇÕES? _____		ANTES DE O PACIENTE SAIR DO CENTRO CIRÚRGICO REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO (FOLHA ROSA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> OUTRO _____	
IDENTIFICAÇÃO PACIENTE CONFIRMOU <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO IDENTIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		PROBLEMA COM ALGUM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAIS? _____ CIRÚRGIO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMAGEM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA TRANSPORTE E RECUPERAÇÃO DO PACIENTE _____ _____ _____ _____		ANTES DE O PACIENTE SAIR DO CENTRO CIRÚRGICO REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO (FOLHA ROSA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> OUTRO _____	
( ) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ( ) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAIS? _____ VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM EQUIPAMENTOS/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml (7ml/kg EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ACESSO ENDOVENOSO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AINDA NÃO		EXAMES DE IMAGEM ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> SIM HORA: _____ QUAL? _____		ANTES DE O PACIENTE SAIR DO CENTRO CIRÚRGICO REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO (FOLHA ROSA) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> OUTRO _____	

ASSINATURA / CARIMBO / COREN

ASSINATURA / CARIMBO / COREN

ASSINATURA / CARIMBO / COREN

## Anexo I



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-8143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsanton@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de Abril de 2011.

Of. 130/11-CEP

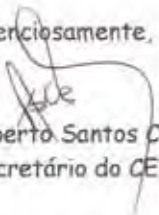
Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliana Mara Braga  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof<sup>ª</sup> Eliana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 3832-2011**) "Checklist de cirurgias da OMS: Análise da segurança e comunicação da equipe cirúrgica de um hospital escola", a ser conduzida por Ana Paula Pancieri, orientada por Vossa Senhoria, com a colaboração de Ariane Marques Moysés, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 04 de abril de 2011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto: apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

  
Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

## Anexo II

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
<p><b>IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p><b>PACIENTE CONFIRMOU?</b></p> <input type="checkbox"/> IDENTIDADE <input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> CONSENTIMENTO	<p><b>CONFIRMAÇÃO</b></p> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	<p><b>REGISTRO</b></p> <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: -IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE -SÍTIO CIRÚRGICO -PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> SE A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	<p><b>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</b></p> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO.	<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/> PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	<input type="checkbox"/> <b>HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</b>
<p><b>O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA?</b></p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	<input type="checkbox"/> 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)
<p><b>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</b></p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS.	<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTÊSES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)?	<input type="checkbox"/> <b>HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</b>
<p><b>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</b></p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	<input type="checkbox"/> HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> <b>HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</b>
<p><b>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</b></p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <p><b>-EXAMES DE IMAGEM ESTÃO DISPONÍVEIS?</b></p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<p><b>REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTÊSES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)?</b></p> <p><b>HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALISQUER PREOCUPAÇÕES?</b></p>	<p>Assinatura _____</p>

Etiqueta do paciente

Etiqueta da equipe