



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB

PROGRAMA DE INICIÇÃO CIENTÍFICA

LUANNE GABRIELLE VIANA DE MIRANDA

LAUANE ROCHA ITACARAMBI

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA EM HOSPITAL
DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2019



LUANNE GABRIELLE VIANA DE MIRANDA

LAUANE ROCHA ITACARAMBI

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA EM HOSPITAL
DO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.
Orientação: Cláudia Rodrigues Mafra

BRASÍLIA

2019

RESUMO

Introdução: O procedimento cirúrgico tem a intenção de salvar vidas. Muitas vezes torna-se a única indicação de tratamento com intervenção de mudança. As cirurgias são cada vez mais complexas e, por conseguinte, expõem a potenciais riscos. O tema segurança do paciente tem estimulado organizações de saúde a implementar medidas de segurança a fim de minimizar falhas no processo do cuidado que possam vir a causar incidentes indesejáveis. Estudos evidenciam que mais da metade são evitáveis, portanto, a aplicação de medidas preventivas é necessária, como a utilização da lista de verificação de segurança, que tem como base o Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas da Organização Mundial de Saúde. **Objetivo:** Avaliar a adesão da LVSC em cirurgias eletivas de um hospital privado do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo, exploratório retrospectivo com abordagem quantitativa no levantamento de dados, de análise documental com foco na efetividade da aplicação do protocolo de cirurgia segura da OMS. A pesquisa desenvolvida em um hospital privado localizado no Distrito Federal (DF) e envolverá a ficha perioperatória dos pacientes. **Resultados:** Analisados 342 prontuários de paciente submetidos à cirurgia eletiva relativos ao preenchimento dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicado antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala cirúrgica, respectivamente. A fase 1, os itens que tiveram maiores falhas no preenchimento foram: equipamento/assistência disponíveis para via aérea de difícil acesso, demarcação do sítio, confirmação de sítio cirúrgico e verificação de segurança anestésica. Na fase 2 os itens com menor adesão de preenchimento foram: realização da profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos e imagens essenciais disponíveis. A fase 3 foi a etapa que apresentou maior preenchimento dos itens em contrapartida, o item de verificação de problemas em equipamento demonstrou extrema rejeição, com 99,7% de prontuários não preenchidos sendo uma etapa necessária e que possui a mesma relevância que todos os outros itens do *checklist* para a redução de complicações cirúrgicas. A fase 4 indica a assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento, sendo que, no hospital coletado utiliza-se prontuário eletrônico, dessa forma, para o profissional acessar *checklist*, necessita logar com sua matrícula. **Conclusão:** Os resultados apontam falhas no preenchimento da LVSC em pontos indispensáveis durante a assistência prestada ao paciente cirúrgico, como: equipamentos assistência de via aérea de difícil acesso, demarcação e confirmação do sítio cirúrgico e verificação da segurança anestésica. Com base nos resultados encontrados permitiu constatar a necessidade da implementação de ações para provocar mudanças no comportamento dos profissionais envolvidos no processo. Evidencia-se a importância dos resultados alcançados com este trabalho com a finalidade de instigar a repensar a prática assistencial voltada para a segurança do paciente.

Palavras-chave: Lista de Checagem. Segurança do Paciente. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
3 METODOLOGIA.....	10
4 RESULTADOS.....	11
5 DISCUSSÃO.....	14
5.1 ITENS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE A.....	23
APÊNDICE B.....	24
APÊNDICE C.....	25
APÊNDICE D.....	26
ANEXO 1.....	27

1 INTRODUÇÃO

Inúmeros erros e complicações decorrentes da assistência de saúde acarretaram, ao longo dos anos, numerosas mortes, gerando um movimento mundial com o propósito de promover a segurança do paciente, definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (CAVALCANTE et al., 2015). A partir de então, partilhar uma cultura de segurança surge como um dos requisitos primordiais para a redução de ocorrência de erros ou incidentes (HANDLER et al., 2006).

Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety* a fim de propor ações para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (EAs), que foram denominadas de desafios globais, visando à conscientização para melhoria da segurança dos cuidados, além da organização dos conceitos e das definições sobre segurança do paciente e do desenvolvimento de políticas e estratégias na atenção à saúde, procurando propor uma assistência de qualidade aos pacientes (OMS, 2009).

No cenário da assistência cirúrgica, o procedimento cirúrgico tem a intenção de salvar vidas. Muitas vezes torna-se a única indicação de tratamento com intervenção de mudança, e, por conseguinte expõe a potenciais riscos. A estimativa mundial evidenciou que pelo menos metade de todos os incidentes indesejáveis causados na cirurgia eram evitáveis (HAYNES et al., 2009). Um estudo observou que 234 milhões de operações são realizadas anualmente e contabilizou dois milhões de mortes nesses procedimentos e sete milhões de complicações, sendo que 50% das mesmas foram consideradas evitáveis (PEIXOTO, PEREIRA, SILVA et al., 2016).

Em 2008, foi implementado a Cirurgias Seguras Salvam Vidas, sendo um dos Desafios Mundiais para a Segurança do Paciente, tendo como objetivo aumentar os padrões de qualidade em serviços de saúde, resultando em uma prática efetiva de medidas preventivas (PANCIERI et al., 2013), que intensifica os avanços observados na assistência cirúrgica e contempla: prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica e pretende identificar os itens mais significativos de risco, para reduzir os danos causados ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança (OMS, 2009).

Uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) foi proposta para ser empregada em hospitais, cujo objetivo é fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover a melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar, afim de

onde houve queda na taxa de mortalidade decorrente de erros em cirurgias, e que as complicações diminuíram de 35,2 para 24,3%, portanto, além de impactar no resultado, também resultou na melhora da comunicação entre as equipes cirúrgicas (ELIAS et al., 2015).

Ainda são escassos no Brasil os trabalhos relacionados à adesão ao uso da LVSC. Analisar o processo de implantação e dos itens não cumpridos nesse método pode informar sobre as barreiras para sua adesão efetiva e trazer subsídios para os ajustes necessários, a fim de adequar seu uso e garantir segurança do paciente (FREITAS et al., 2014).

O centro cirúrgico é considerado um ambiente de alto risco e suscetível a erros. Ao implementar a LVSC, espera-se reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto (BRASIL, 2013a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como EA um incidente que poderá resultar em algum tipo de dano e implicam em comprometimento da estrutura ou função do corpo e ou quaisquer efeitos nocivos decorrentes de lesão, seja sofrimento, incapacidade ou morte ao paciente (OMS, 2009).

Pelo exposto, e considerando o interesse pelo tema, emergiu a seguinte questão norteadora para realização deste trabalho: quais são as conformidades e não conformidades dos itens da lista de verificação de segurança cirúrgica utilizada em procedimento eletivo em hospital privado do Distrito Federal? Diante do exposto, este trabalho tem como principal objetivo avaliar a adesão da LVSC do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em cirurgias eletivas de um hospital privado do Distrito Federal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No cenário da assistência ao paciente, a estimativa mundial evidenciou que metade das complicações pós-operatórias eram evitáveis, destacando o potencial previsível de dano (AMAYA et al., 2015). Por conta disso, a cultura de segurança tem recebido crescente vigilância, pois representa um desafio no campo das organizações de saúde e tem sido considerada uma prioridade dos sistemas de saúde de todo o mundo (THE JOINT COMMISSION, 2014). A importância da segurança do paciente tornou-se evidente com os resultados do Estudo da Prática Médica de Harvard, em 1991, que revelou a amplitude da ocorrência de EAs evidenciados pelos danos ao paciente ocasionados pela negligência nos cuidados de saúde (DOMINGUES; CARVALHO; ZEM-MASCARENHAS, 2016).

Mais tarde, a publicação do relatório “*To Err is Human*” pelo *Institute of Medicine* em 1999 (KOHN et al., 2000), trouxe uma estimativa que cerca de 98 mil pessoas morrem em um determinado ano decorrente de erros médicos em hospitais dos Estados Unidos da América e, por conta desse estudo, ocorreu uma profusão de conscientização pelas instituições de todo o mundo, reconhecendo que a assistência prestada estava muito longe de ser adequada e que havia uma necessidade de instituir um sistema de segurança para reduzir erros médicos e melhorar a segurança do paciente através de uma qualidade do serviço saúde mais seguro. Destacou, também, a necessidade de colocar a segurança do paciente como prioridade das autoridades de saúde, focando nas recomendações para o fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais para a melhoria da segurança do paciente nessas organizações (RIBEIRO et al., 2017b).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety* a fim de propor medidas para reduzir os riscos, procurando ofertar uma assistência cirúrgica de qualidade aos pacientes. Neste mesmo ano, a Anvisa incorporou ao seu escopo de atuação, as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde então, a agência vem intensificando suas atividades de vigilância e monitoramento e controle de EAs em busca da qualificação do cuidado à saúde (BRASIL, 2014).

Em 2013, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pela Portaria GM n°. 529, baseado nas recomendações da OMS. Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde, traz como objetivos gerais promover melhorias relativas à segurança do paciente e prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos no atendimento e internação, contribuindo para a qualificação dos processos de cuidado e da prestação desses serviços em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, promovendo e apoiando a implementação de iniciativas voltadas à segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde e produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre o tema (BRASIL, 2013b).

Relacionado às intervenções cirúrgicas, que, integra os cuidados de saúde, as complicações em procedimentos operatórios tornaram-se importantes causas de morte e invalidez, trazendo implicações significativas à saúde pública. Há uma estimativa mundial de 234 milhões de operações realizadas anualmente, uma intervenção para cada vinte e cinco

peessoas vivas, com uma taxa de complicações maiores de 3% a 17% (HAYNES et al., 2009). Não há país onde não exista uma alta taxa de erros em procedimentos cirúrgicos (WHO, 2008). Evidências anteriores apontam que 7 milhões de clientes sofreram complicações cirúrgicas anualmente, dos quais 50% eram evitáveis (WEISER et al., 2008).

A segurança do paciente depende de sistemas que previnam, interceptem e evitem os erros, antes do surgimento de danos advindos. Sendo assim, determinadas mudanças precisam ser implementadas e analisadas nos serviços de saúde, para que o paciente receba uma assistência de qualidade, segura e livre de qualquer tipo de dano (MAFRA; RODRIGUES, 2018). A assistência ofertada ao paciente, tanto no período que antecede a cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere consideravelmente nos resultados do procedimento realizado e a equipe cirúrgica deve trabalhar em unicidade para colocar em prática seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente para prevenir uma série de complicações que ameaçam a vida do cliente (WACHTER, 2010).

O marco inicial, que comprovou os benefícios do uso de *checklist* para a segurança do paciente cirúrgico, foi a pesquisa realizada por especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em oito países (Toronto, Canadá; Nova Deli, Índia; Amã, Jordânia; Auckland, Nova Zelândia; Manila, Filipinas; Ifakara, Tanzânia; Londres, Inglaterra; e Seattle, WA). Foram investigados 7.688 pacientes, sendo 3.733 antes da utilização do *checklist* e 3.955 após o preenchimento do *checklist*, evidenciando redução de 36% nas complicações cirúrgicas, 47% na taxa de mortalidade, 50% nas taxas de infecções e 25% na necessidade de nova intervenção cirúrgica (ALPENDRE et al.; 2014).

A qualidade da assistência de ofertada ao paciente, tanto no período que antecede a cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere consideravelmente nos resultados do procedimento realizado. O principal obstáculo para um bom desempenho de uma equipe cirúrgica é uma comunicação adequada entre os profissionais da equipe, necessitam de ter um relacionamento profissional saudável e uma comunicação efetiva. A equipe que dentro da unidade trabalha em unicidade para colocar em prática seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente pode prevenir uma série de complicações que ameaçam a vida do cliente (FILHO et at., 2013).

É importante enfatizar que a eficiência e a qualidade do serviço prestado pela equipe cirúrgica dependem de outras áreas de conhecimento, como comportamento,

comunicação, habilidades e consciência sobre os riscos que a equipe pode expor o paciente, reconhecendo as particularidades a ser atendidas por cada cliente. Porém, a realidade acaba trazendo momentos de tensão relacionado a tomada de decisões, quantidade de cirurgias a ser realizadas e escassez de recursos de instrumentação o que exige que as equipes tenham um bom relacionamento interpessoal e embasamento teórico-prático para lidar com as situações e reduzir ao máximo danos ao paciente (OMS, 2009).

Entretanto, as práticas de segurança existentes ainda não têm seu uso com precisão. O entendimento por parte da equipe cirúrgica ainda é crítico, o trabalho não é realizado em consonância. A recusa em reconhecer, mensurar os erros e determiná-los subestima sua frequência ou nem mesmo os reconhece (VINCENT, 2009).

A necessidade de reversão do quadro apontado pela relevância do problema “Cirurgia Segura” tem gerado estudos face aos erros associados à sua assistência. A segurança do paciente depende de sistemas que previnam, interceptem e evitem os erros, antes do surgimento de danos advindos. Sendo assim, determinadas mudanças precisam ser implementadas e analisadas nos serviços de saúde, para que o paciente receba uma assistência de qualidade, segura e livre de qualquer tipo de dano (WACHTER, 2010). Desta maneira, os debates nos centros cirúrgicos devem ser frequentes a fim de identificar as origens dos erros na assistência à saúde. Nesse processo deve-se ter uma vigilância continuada para que seja detectado os erros potenciais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória, retrospectiva, de análise documental, com foco na efetividade da aplicação do protocolo de cirurgia segura da OMS. O cenário do estudo foi desenvolvido em centro cirúrgico um hospital do Distrito Federal que possui núcleo de segurança do paciente/gestão de risco.

Para compor este estudo serão selecionados como critérios de inclusão: instrumento aplicado em todos os tipos e cirurgia eletivas em pacientes adultos realizados durante toda a semana inclusive aos finais de semana. Foram estabelecidos como critérios de exclusão as informações cujo prontuário não foi localizado, paciente que realizou cirurgia de emergência e urgência ou exame invasivo no centro cirúrgico.

Para o levantamento dos dados da pesquisa foi empregado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). O questionário visou o levantamento de dados referente ao

preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura. Para verificar a frequência das variáveis da amostra da pesquisa, foram consideradas os indicadores de adesão ao *checklist*: preenchimento completo ou em branco. Considerou-se para a avaliação da adesão do *checklist* completo os 14 enunciados distribuídos nas fases de antes da indução anestésica (fase I), antes da incisão cirúrgica (fase II), antes de o paciente sair da sala de operações (fase III) e assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento (fase IV).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) sob o parecer número 3.090.608, CAEE 00223518.1.0000.0023 (ANEXO A).

A obtenção dos dados dos prontuários ocorreu mediante a assinatura do diretor técnico pelo Termo de Aceite Institucional (APÊNDICE B). Por se tratar de um estudo retrospectivo, de análise documental, o mesmo não contou com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo todos os dados coletados a partir das informações constantes no sistema informático da instituição (APÊNDICE C e APÊNDICE D). Todas as informações coletadas foram mantidas em sigilo em conformidade com o que prevê os termos da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013a).

4 RESULTADOS

Os resultados a seguir apresentados foram desenvolvidos com base no tratamento dos dados e organizados para uma melhor compreensão.

Para analisar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura, foi utilizado dados de 342 prontuários de pacientes submetidos a cirurgias eletivas nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2018.

Nos quadros 1, 2, 3 e 4 a seguir, são apresentados resultados relativos ao preenchimento dos itens de verificação da lista de cirurgia segura, aplicado antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala cirúrgica, respectivamente.

Observou-se que, durante a fase 1, os itens que tiveram maiores falhas no preenchimento foram: equipamento/assistência disponíveis para via aérea de difícil acesso, demarcação do sítio, confirmação de sítio cirúrgico e verificação de segurança anestésica. A tabela 1 mostra de forma detalhada o preenchimento de cada item desta fase.

Quadro 1 – Característica do preenchimento do *checklist* de cirurgia segura na primeira etapa de verificação (n= 342). Brasília, DF, Brasil.

INDICADORES DE ADESÃO	ITEM PREENCHIDO		ITEM NÃO PREENCHIDO	
	n	%	n	%
Fase I – Antes da indução anestésica				
Paciente confirmou identidade	339	99,12%	3	0,88%
Paciente confirmou sítio cirúrgico	261	76,32%	81	23,68%
Paciente confirmou procedimento	335	97,95%	7	2,05%
Paciente confirmou consentimento	333	97,37%	9	2,63%
Sítio demarcado	156	45,61%	186	54,39%
Verificação de segurança anestésica concluída	289	84,50%	53	15,50%
Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento	322	94,15%	20	5,85%
Paciente possui alergia conhecida?	342	100,00%	0	0,00%
Via aérea de difícil acesso?	299	87,43%	43	12,57%
E equipamento/assistência disponíveis	101	29,53%	241	70,47%
Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/ kg em crianças)?	319	93,27%	23	6,73%
E acesso endovenoso adequado e planejamento para fluídos	319	93,27%	23	6,73%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A fase 2 apresentou três itens preenchidos adequadamente em todos os prontuários observados. Verificou-se que os itens com menor adesão de preenchimento foram: realização da profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos e imagens essenciais disponíveis. Cabe ressaltar que profissional médico anestesiológico é o responsável por realizar a profilaxia antimicrobiana nos últimos 60 minutos que antecede ao procedimento cirúrgico. No quadro 2 é detalhado o preenchimento de todos os itens desta fase.

Quadro 2 – Característica do preenchimento do *checklist* de cirurgia segura na segunda etapa de verificação (n= 342). Brasília, DF, Brasil.

INDICADORES DE ADESÃO	ITEM PREENCHIDO		ITEM NÃO PREENCHIDO	
	n	%	n	%
Fase II – Antes da incisão cirúrgica				
Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função	342	100%	0	0%
Cirurgião, anestesiológico e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente o sítio cirúrgico	339	99,12%	3	0,88%

continua.

continuação.

Cirurgião, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente o procedimento	339	99,12%	3	0,88%
Cirurgião, anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente os eventos críticos previstos	342	100%	0	0%
Eventos críticos previstos – Revisão do cirurgião: quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?	339	99,12%	3	0,88%
Eventos críticos previstos – Equipe de anesthesiologia: há alguma preocupação específica em relação ao paciente?	342	100%	0	0%
Eventos críticos previstos – Revisão da equipe de enfermagem: os materiais necessários estão presentes e dentro do prazo de esterilização? Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?	340	99,42%	2	0,58%
A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?	268	78,36%	74	21,64%
As imagens essenciais estão disponíveis?	303	88,60%	39	11,40%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A fase 3 foi a etapa que apresentou maior preenchimento dos itens, em contrapartida, o item de verificação de problemas em equipamento demonstrou extrema rejeição, com 99,7% de prontuários não preenchidos. É uma etapa necessária e possui a mesma relevância que todos os outros itens do *checklist* para a redução de complicações cirúrgicas. No quadro 3 pode-se verificar de forma detalhada cada item dessa fase.

Quadro 3 – Característica do preenchimento do *checklist* de cirurgia segura na terceira etapa de verificação (n= 342). Brasília, DF, Brasil.

INDICADORES DE ADESÃO	ITEM PREENCHIDO		ITEM NÃO PREENCHIDO	
	n	%	n	%
Fase III – Antes de o paciente sair da sala de operações				
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – Registro completo do procedimento intra-operatório. Incluindo procedimento executado.	342	100%	0	0%

continua.

continuação.

O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.	341	99,71%	1	0,29%
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – como a amostra para anatomia patológica está identificada.	336	98,25%	6	1,75%
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – Se há algum problema com equipamento para ser resolvido.	1	0,29%	341	99,71%
O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente.	342	100%	0	0%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A fase 4 indica a assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento. No hospital coletado utiliza-se prontuário eletrônico, dessa forma, para o profissional acessar o *checklist*, necessita logar com sua matrícula. Portanto, todos os instrumentos tiveram assinatura eletrônica ao final da realização explicitada no quadro 4.

Quadro 4 – Característica do preenchimento do *checklist* de cirurgia segura na quarta etapa de verificação (n= 342). Brasília, DF, Brasil.

INDICADORES DE ADEÇÃO	ITEM PREENCHIDO		ITEM NÃO PREENCHIDO	
	n	%	n	%
Fase IV – Assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento				
Assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento.	342	100%	0	0%

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A facilidade da acessibilidade aos prontuários online pode possibilitar o preenchimento do instrumento sem a presença do mesmo durante todo o processo, levando ao questionamento da confiabilidade e aumento na possibilidade de falhas no registro dos dados. O principal meio de controlar esse tipo de prática, é ressaltar a importância do preenchimento e promover reflexão sobre a importância e participação efetiva de toda equipe durante todas as etapas (RIBEIRO et al., 2017a).

5 DISCUSSÃO

Este tópico tem como objetivo realizar discussão procurando evidenciar com base na literatura, acerca dos resultados alcançados no estudo, de modo a contemplar os objetivos propostos.

A seção de discussão segue o mesmo formato apresentado nos resultados contendo a discussão específica de acordo com o instrumento de coleta dos dados.

5.1 ITENS DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

O tema de segurança do paciente está diretamente relacionado à qualidade nos serviços em saúde. A *Nacional Patient Safety Agency* (NPSA) no ano de 2005 publicou recomendações de utilização de pulseiras para identificação dos pacientes, depois de obter 236 relatos na imprecisão da identificação de paciente no Reino Unido (TASE et al., 2013).

O processo de identificação do paciente assume a relevância de assegurar a ele, o tipo de procedimento ou tratamento a ser submetido prevenindo algum episódio de dano que venha causar, ou, qualquer tipo de lesão (WHO, 2010).

De acordo com a *Joint Comission Internacional* (2011), a confirmação do sítio cirúrgico deve envolver a comunicação entre os membros da equipe, verificação do sítio cirúrgico e demarcação instantaneamente do local com participação do paciente. O propósito é diminuir ambiguidades durante o procedimento. O estudo demonstrou rejeição de 23,7% de confirmação do paciente sobre o sítio cirúrgico e 54,4% relacionado a demarcação do local da cirurgia, expondo a maior probabilidade de falhas que podem ser irreversíveis.

A segurança anestésica busca investigar alergias do paciente, averiguar jejum, definir abordagem de via aérea de difícil acesso e suporte de fluídos para o ato cirúrgico. Esses elementos definem um planejamento da assistência, visando garantir a segurança do paciente dentro da sala cirúrgica e diminuir eventos adversos (ALMEIDA; RODRIGUES, 2018). Os itens de (15,5%) verificação de segurança anestésica concluída, (12,6%) via aérea de difícil acesso e (70,5%) equipamento assistenciais disponíveis evidenciaram baixo preenchimento demonstrando o descuido quanto ao uso do *checklist* podendo levar a eventos adversos evitáveis.

O item de via aérea difícil foi outro ponto que, apesar de ter apresentado uma frequência na sua maioria de conformidade, foi motivo de preocupação. A manipulação

ineficaz da via aérea pode ser apontada como causa de complicações mais comum ligada à anestesiologia, a ela é atribuído 30,0% de óbitos relacionados (MAGALHÃES et al., 2013).

Na segunda etapa, ou seja, antes da incisão cirúrgica, o objetivo consiste em evitar erros certificando-se do procedimento correto, paciente certo e a equipe certa. A confirmação verbal sinaliza que a equipe conferiu todos os itens adequadamente, sendo utilizada como uma estratégia de prevenção do erro, além de representar o compromisso dos profissionais presentes na sala cirúrgica com a segurança do paciente (MAZIERO et al., 2015).

Nessa etapa as informações deveriam ser checadas verbalmente, com participação de toda a equipe. A falha no processo de comunicação explícita pela equipe contribui para um cuidado inseguro na assistência, podendo acarretar em desfechos prejudiciais ao paciente (PAIVA, PAIVA, BERTIS, 2010; MAGALHÃES, 2012, NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015)

A profilaxia antimicrobiana se constitui uma etapa imprescindível para prevenção de infecções de sítio cirúrgico (ISC), porém, houve falha de 21,6% no preenchimento deste item. A ocorrência de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é classificada como grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo sendo considerado uma das principais causas de morbimortalidade, ameaçando a segurança do paciente (LACERDA, 2003; BRASIL, 2009; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; PINA, 2010).

De todas as infecções relacionadas à assistência à saúde, cerca de 15,0% são atribuídas a infecções de sítios cirúrgicos (ISC), acarretando em complicações no pós-operatório dos pacientes cirúrgicos. A presença ISC em pacientes aumentam os gastos assistenciais consideravelmente e a profilaxia cirúrgica adequada visa diminuir a incidência dessas infecções (OMS, 2009).

Embora a ISC seja de origem multifatorial, a equipe cirúrgica tem papel importante na prevenção dos fatores relacionados ao procedimento cirúrgico. A profilaxia antimicrobiana cirúrgica é um dos mais importantes métodos para prevenir a ISC, com o objetivo de reduzir a concentração de potenciais patógenos no local da incisão cirúrgica e contribuir dessa forma para reduções significativas nas taxas de infecção (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

Uma das estratégias mais efetivas para prevenção do sítio cirúrgico consiste no uso de profilaxia com antimicrobianos. Estudos evidenciaram que, a implementação da LVSC, é possível melhorar significativamente o cumprimento dessa fase antes da incisão cirúrgica (LUBBEKE et al., 2013; TILLMAN et al., 2013).

Além disso, constatou-se pouca adesão ao item de imagens assistenciais disponíveis (11,4%). Em cirurgias que necessitam da disponibilidade de imagens, é essencial que as mesmas estejam disponíveis na sala cirúrgica, pois, a ausência é um fator contribuinte para erros em procedimentos e dúvidas ao profissional que o realiza (ANVISA, 2017).

A terceira etapa corresponde ao período recomendado pela OMS que deve ser verificado antes do paciente sair da Sala de Operação (SO). Nela são verificados itens relativos à confirmação do procedimento, entre eles: realizar contagem de instrumentais, agulhas, gazes, compressas que devem ser conferidos ao final do procedimento. Após o término do procedimento a equipe analisa os pontos críticos mais importantes. Também são revistos todos os problemas/preocupações com os equipamentos para que estes possam ser utilizados em quaisquer situações (OMS, 2009).

Antes de o paciente deixar a SO, é necessário que haja a verificação de problemas com os equipamentos utilizados e proceder ao registro (ANVISA, 2017). O trabalho coletivo e a comunicação são necessários para aprimorar os potenciais benefícios relacionados à lista de verificação, sendo, portanto, o impulsionador de mudanças (KASATPIBAL et al., 2012).

Ressalta-se que a apresentação da análise dos resultados desse estudo tem como objetivo contribuir com a instituição hospitalar estudada ao declarar que a consciência da fragilidade ao erro leva a ação por antecipação ao andamento correto dos processos e pessoas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualidade e segurança em serviços de saúde são preocupações básicas em qualquer lugar no mundo. A cirurgia é um grande foco de melhoria de cuidados em saúde.

Neste estudo possibilitou analisar a adesão da equipe cirúrgica sobre o uso da LVSC na prática diária no setor. O instrumento segue pontos críticos de segurança que ajuda a equipe cirúrgica a relembrar itens essenciais para qualidade da assistência prestada. Porém, pôde-se constatar que mesmo com o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas existem muitas falhas durante o preenchimento efetivo do instrumento.

Os resultados apontam falhas no preenchimento da LVSC em pontos indispensáveis durante a assistência prestada ao paciente cirúrgico, como: equipamentos assistência de via aérea de difícil acesso, demarcação e confirmação do sítio cirúrgico e verificação da segurança anestésica. O instrumento é composto por três fases distintas que

auxiliam os profissionais durante o procedimento cirúrgico e quando seguidos corretamente diminuem consideravelmente as taxas de complicações e infecções relacionadas as intervenções cirúrgicas.

O objetivo da LVSC é garantir que as metas propostas pela OMS sejam incorporadas na prática do centro cirúrgico promovendo melhor comunicação e trabalho entre as equipes cirúrgicas. Ressalta-se que é necessária uma mudança na cultura organizacional por partes dos profissionais e gestores para identificação dos entraves para preenchimento e adesão dos itens elencados pelo instrumento para melhorias na assistência. A LVSC não deve ser utilizada somente como um dispositivo regulador, mas sim como uma ferramenta de segurança nos procedimentos cirúrgicos, buscando reduzir o número de eventos adversos e mortes.

Com base nos resultados encontrados, foi possível constatar a necessidade da implementação de ações para promover mudanças no comportamento dos profissionais envolvidos no processo. Evidencia-se a importância dos resultados alcançados com este trabalho com a finalidade de instigar a repensar a prática assistencial voltada para a segurança do paciente.

É importante mencionar fragilidade na pesquisa, por se tratar de uma única instituição de característica privada. Porém, espera-se que o estudo possa colaborar no entendimento dos desafios no processo de adesão da LVSC da forma preconizada pela OMS e possa incentivar melhorias na cultura de segurança nas instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

- ALPENDRE, F. T. et al. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e. 2907, jan. 2017.
- AMAYA, M. R. et al. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 246-251, abr./jun. 2015.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2ª. ed. Brasília, DF; 2017.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Saúde e Anvisa lançam ações para a segurança do paciente**. Brasília, DF; 2013.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas**. Brasília, DF; 2014.

- ALMEIDA, R. E.; RODRIGUES, M. C. S. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 19, e. 32567, ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 59., 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1 o de abril de 2013**. Diário Oficial da União, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.
- CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, Cuba, v. 31, n. 4, out./dez. 2015.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Healthcare Safety Network (NHSN). **Manual Patient safety component protocol**. Atlanta (GA): CDC, 2009.
- DOMINGUES, A. N.; CARVALHO, L. R.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Segurança do Paciente: Análise dos Grupos de Pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 5, mar. 2016.
- ELIAS, A. C. G. P. et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 128-133, jul./set. 2015.
- FREITAS, M. R. de et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 137-148, jan. 2014.
- HAYNES, A. B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, Boston, n. 360, p. 491-499, jan. 2009.
- HANDLER, S. M.; CASTLE, N. G.; STUDENTSKI, S. A.; PERERA, S.; FRIDSMA, D. B.; NACE, D. A.; HANLON, J. T. Patient safety culture assessment in the nursing home. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, v. 15, n. 6, p. 400-404, dez. 2006.
- KASATPIBAL, N. et al. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a University Hospital in Thailand. **Surgical Infections**, Nova Iorque, v. 13, n. 1, p. 50-56, fev. 2012.
- KOHN, L. T. et al. Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. **Institute of Medicine of the National Academies**, 2000.
- LACERDA R. A. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In: Lacerda R. A. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. p.9-23. São Paulo: Atheneu; 2003.
- LUBBEKE, A. et al. Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. **Med Care**, Filadélfia, v. 51, n. 5, p. 425-429, mai. 2013.

MAFRA, C. R.; RODRIGUES, M. C. S. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 268-275, jan./mar. 2018.

MAGALHÃES, A.M.M. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário**. 136 f. Tese - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MAGALHÃES, E. et al. Uso de Preditores Clínicos Simples no Diagnóstico Pré-Operatório de Dificuldade de Intubação Endotraqueal em Pacientes Portadores de Obesidade. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 262-266, mai./jun. 2013.

MAZIERO, E. C. S. et al. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4., p. 14-40, dez. 2015.

FILHO, G. R. M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013.

NOGUEIRA, J.W. S.; RODRIGUES, M. C. S. R. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636,640, jul./set. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; GAMA, SARMENTO, C. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 767-774, out. 2015.

OLIVEIRA, C. S. et al. Checklist de Cirurgia Segura: Os desafios da implantação e adesão nas instituições hospitalares brasileiras. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta, v. 5, n. 2, p. 72-86, dez. 2017.

OMS (Organização Mundial De Saúde). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTIS, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 287-94, jun. 2010.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol.34, n.1, p. 71-78, mar. 2013.

PEIXOTO, S. K. R.; PEREIRA, B. M., SILVA, L. C. S. Checklist de cirurgia segura: Um caminho à segurança do paciente. **Saúde & Ciência em Ação**, Aparecida de Goiânia, v. 2, n. 1, p. 114-129, jan./jun. 2016.

PINA E. et al. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, p. 27-39, nov. 2010.

RIBEIRO, H. C. T. C et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00046216, jan. 2017a.

RIBEIRO, Thalita Oliveira et al. Notificação de eventos adversos em unidades de terapia intensiva: relato de experiência. **Congresso Internacional de Enfermagem**, p. 9-12, mai. 2017b.

SILVA, G. K. **Avaliação da aderência de um hospital público estadual ao programa nacional de segurança do paciente**. 120f. Tese - UNINOVE, Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2016.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: Uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n. 2, p. 196-200, jun. 2013.

THE JOINT COMMISSION. Health care worker fatigue and patient safety. **The Joint Commission Sentinel Event Alert**, dez. 2011.

THE JOINT COMMISSION. **Reducing the risk of wrong site surgery**. Chicago, ago. 2014.

TILLMAN, M. et al. Surgical care improvement project and surgical site infections: can integration in the surgical safety checklist improve quality performance and clinical outcomes? **Journal of Surgical Research**, v. 184, n. 1, p. 150-156, set., 2013.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. 1º. ed. São Paulo: Yendis Editora, 2009.

WACHTER, R. M. A. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEISER, T. G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **The Lancet**, v. 372, n. 9633, p. 139-144, jun., 2008.

WHO (World Health Organization). **Checklists save lives**. Bulletin of the World Health Organization, v. 86, n. 7, p. 497-576, jul. 2008.

WHO (World Health Organization). **WHO guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives**. Genebra, 2009.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Fase I – Antes da indução anestésica			
Identificação	Sim	Não	Não se aplica
Paciente confirmou identidade			
Paciente confirmou sítio cirúrgico			
Paciente confirmou procedimento			
Paciente confirmou consentimento			
Sítio demarcado			
Verificação de segurança anestésica concluída			
Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento			
Paciente possui alergia conhecida?			
Via aérea de difícil acesso?			
E equipamento/ assistência disponíveis			
Risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/ kg em crianças)?			
E acesso endovenoso adequado e planejamento para fluídos			

Fase II – Antes da incisão cirúrgica			
Confirmação	Sim	Não	Não se aplica
Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função			
Cirurgião, anestesiológista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente o sítio cirúrgico			
Cirurgião, anestesiológista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente o procedimento			
Cirurgião, anestesiológista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente os eventos críticos previstos			
Eventos críticos previstos – Revisão do cirurgião: quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?			
Eventos críticos previstos – Equipe de anestesiologia: há alguma preocupação específica em relação ao paciente?			
Eventos críticos previstos – Revisão da equipe de enfermagem: os materiais necessários (ex. instrumentais, próteses) estão presentes e dentro do prazo de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?			
A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?			
As imagens essenciais estão disponíveis?			

Fase III – Antes de o paciente sair da sala de operações			
Registro	Sim	Não	Não se aplica
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – Registro completo do procedimento intra – operatório. Incluindo procedimento executado			
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas			
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente)			
O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirma verbalmente com a equipe – Se há algum problema com equipamento para ser resolvido			
O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo do paciente (especificar critérios mínimos a serem observados. Ex: dor).			

Fase IV – Assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento			
	Sim	Não	Não se aplica
Assinatura do profissional que realizou o preenchimento do instrumento			

APÊNDICE B – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL



Hospital Brasília

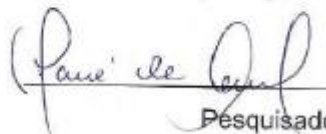

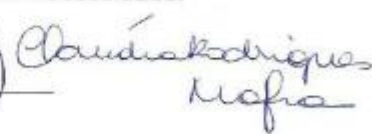
Drª. Maria de Lourdes Worisch

Diretora técnico

Eu, Cláudia Rodrigues Mafra, responsável pela pesquisa Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura em hospital do Distrito Federal, junto com as alunas Lauane Rocha Itacarambi e Luanne Gabrielle Viana de Miranda solicitamos autorização para desenvolvê-la nesta instituição mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB (CEP- UniCEUB).

O estudo tem como objetivo avaliar a adesão da LVSC do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em cirurgias eletivas; será realizado por meio dos seguintes procedimentos de coleta de dados.

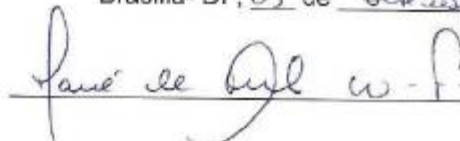
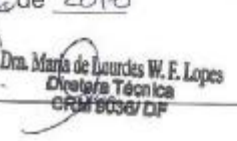
Declaro que a pesquisa ocorrerá em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamentam as diretrizes éticas para as pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, ressaltando que a coleta de dados e/ou informações somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê de ética em Pesquisa do UniCEUB (CEP-UniCEUB) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Pesquisador responsável

Drª **Maria de Lourdes Worisch** venho por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização da pesquisa nesta instituição, em conformidade com o exposto pelos pesquisadores.

Brasília- DF, 05 de Setembro de 2018

Dra. Maria de Lourdes W. F. Lopes
Diretora Técnica
CRM 60362/DF

**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA NÃO UTILIZAÇÃO DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA NÃO UTILIZAÇÃO DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**


Exmo Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB,

Referente ao projeto de pesquisa de iniciação científica vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado **Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital do Distrito Federal** proposto por Cláudia Rodrigues Mafra (pesquisador principal)

Esclarecemos que a coleta dos dados da pesquisa citada será realizada com utilização de prontuários clínicos, sendo inviável a localização de cada um dos sujeitos que fazem parte da amostra da investigação. Desta forma, solicitamos a concordância expressa do Coordenador deste Comitê para a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo substituído pelo Termo de Sigilo e Confidencialidade.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Brasília, 04 de maio de 2018.


Assinatura do pesquisador principal

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO

Exmo (a) Sra Diretora Técnica Dr^a Maria de Lourdes Worisch.F.Lopes do Hospital Brasília .

Eu, Claudia Rodrigues Mafra, responsável principal pela Pesquisa de Iniciação Científica (PIC) do(s) participante(s) Lauane Itacarambi Rocha e Luanne Gabrielle Viana de Miranda, as quais pertencem ao curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, venho requerer autorização para realizar coleta dos dados, por meio de prontuários de pacientes adultos e pediátricos submetidos a cirurgia eletiva somente após receber a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP-UniCEUB no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019.

Estes dados subsidiarão o trabalho intitulado: **Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital do Distrito Federal**, que tem como objetivo Avaliar a adesão da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*) do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em cirurgias eletivas de um hospital privado do Distrito Federal,

Brasília, 14 de novembro de 2018.

Claudia Rodrigues Mafra

Pesquisador Responsável

Eu, Sra Diretora Técnica Dr^a Maria de Lourdes Worisch.F.Lopes do Hospital Brasília . Autorizo a coleta de dados nos prontuários dos pacientes adultos e pediátricos submetidos a cirurgia eletiva no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019 sob a responsabilidade de Cláudia Rodrigues Mafra , para o projeto de pesquisa intitulada : **Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital do Distrito Federal**, desde que garantidos o sigilo dos dados pessoais do participante.

Brasília, 14 de novembro de 2018.

Maria de Lourdes W. F. Lopes

Dr^a Maria de Lourdes W. F. Lopes
Diretora Técnica
CRM 6036/ DF

ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital do Distrito Federal.

Pesquisador: Claudia Rodrigues Mafra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00223518.1.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.090.608

Apresentação do Projeto:

Na primeira versão, o projeto foi apresentado da seguinte forma: "Este estudo tem como objetivo de avaliar a adesão da LVSC do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em cirurgias eletivas de um hospital privado do Distrito Federal. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo, exploratório retrospectivo, com abordagem quantitativa no levantamento de dados, com análise documental com foco na efetividade da aplicação do protocolo de cirurgia segura da OMS, em fichas perioperatória dos pacientes, ou seja, em 400 prontuários. Um questionário que visa o levantamento de dados referente ao preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura e identificar as dificuldades de implantação e adesão da equipe de enfermagem em todas as etapas do protocolo, será utilizado. Para verificar a frequência das variáveis da amostra da pesquisa, serão consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo e especialidade cirúrgica. Os indicadores de adesão ao checklist e critérios de inclusão à pesquisa, serão: preenchimento completo de cirurgias eletivas em pacientes pediátricos e adultos. Também será considerado o preenchimento dos campos de identificação do paciente e da cirurgia (etiqueta do paciente, procedimento realizado, data da cirurgia, clínica e sala de operação). Foram estabelecidos como critérios de exclusão as informações cujo prontuário não for localizado; paciente que realizou cirurgia de emergência ou exame invasivo no centro cirúrgico".

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar
 Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3066-1511 E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
 Marília de Queiroz Dias Jacome
 (Coordenador(a))