

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FRANCINE TAPOROSKY ALPENDRE

CIRURGIA SEGURA: VALIDAÇÃO DE CHECKLIST PRÉ E PÓS-OPERATORIO



CURITIBA

2014

FRANCINE TAPOROSKY ALPENDRE

CIRURGIA SEGURA: VALIDAÇÃO DE CHECKLIST PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem - Grupo de Pesquisa GEMSA/UFPR

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Dyniewicz

CURITIBA

2014

Alpendre, Francine Taporosky  
Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório / Francine Taporosky  
Alpendre – Curitiba, 2014.  
154 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz  
Coorientadora: Professora Dra. Ana Maria Dyniewicz  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor  
de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2014.

Inclui bibliografia

1. Segurança do paciente. 2. Assistência perioperatória. 3. Lista de checagem.  
4. Ciclo PDCA. 5. Validação. I. Cruz, Elaine Drehmer de Almeida. II. Dyniewicz,  
Ana Maria. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

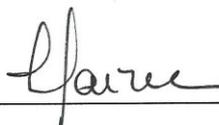
CDD 617.0231

**TERMO DE APROVAÇÃO**

FRANCINE TAPOROSKY ALPENDRE

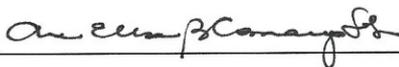
CIRURGIA SEGURA: VALIDAÇÃO DE CHECKLIST PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



\_\_\_\_\_  
Presidente da Banca: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Universidade Federal do Paraná



\_\_\_\_\_  
Membro Titular Externo: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva

Universidade Federal de Goiás



\_\_\_\_\_  
Membro Titular Interno: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 24 de Novembro de 2014.

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu esposo Ricardo, pelo amor, paciência, compreensão e ajuda em todos os momentos dessa caminhada, aos meus filhos Ricardo Filho e Rafael por serem a razão de todo meu esforço e fazer meus dias mais felizes, ao meu irmão Eliézer e a minha cunhada Marcella, por estarem sempre ao meu lado, aos meus irmãos do coração André e Cláudia pelas orações, palavras e incentivo, aos meus pais Josué e Maria dos Anjos por todo amor, por quem sou e porque me ensinaram a valorizar a vida e amar a Deus e as pessoas.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado o dom da vida, sabedoria, discernimento e forças para o desenvolvimento e conclusão desse trabalho. Sou grata Senhor por me guiar durante essa trajetória e pela coragem e alegria nos momentos de desânimo. Tudo que sou e faço ainda é pouco por tudo que tem me dado!

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Drehmer de Almeida Cruz, pela orientação, apoio e amizade. Obrigada pelo seu cuidado no rigor científico em cada fase desse estudo. Seus ensinamentos e conhecimentos foram indispensáveis nesta caminhada. Sua determinação e incentivo me fizeram ir além do que eu achava possível. Receba minha admiração e carinho!

À minha co-orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Maria Dyniewicz, por aceitar a participar comigo na construção deste processo que integrou a teoria com a prática profissional. Seu conhecimento, ensinamentos quanto ao rigor metodológico em pesquisa científica e incentivo, foram valiosos e imprescindíveis em todos os momentos deste estudo. Desde o período da graduação até o tempo presente, saiba que eu continuo aprendendo com você!

Aos membros da banca, Professoras Doutoras Maria de Fátima Mantovani, Ana Elisa Bauer Camargo e Silva e Luciana Puchalski Kalinke que dedicaram tempo para ler e analisar este estudo. Agradeço pelos ensinamentos, incentivo e visão ampliada para desenvolver um novo instrumento em prol da segurança dos pacientes cirúrgicos, não só para o local do estudo, mas para as instituições de saúde!

Ao amigo Itaguarcy pela preciosa ajuda com a tabulação dos dados estatísticos e elaboração de tabelas para análise dos instrumentos preenchidos durante o teste piloto. Obrigado por me ajudar a mensurar os dados coletados!

Ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná pela oportunidade de desenvolver este trabalho e aos professores que em todo momento priorizaram a qualidade do ensino. Sinto-me honrada de fazer parte desta universidade.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA, pelo qual tenho carinho mais que especial, por tudo que representa para o desenvolvimento do conhecimento científico na área de enfermagem e pelo fato de ter participado no início de sua formação, na época ainda como acadêmica. Sou grata pelos momentos de aprendizado e aos professores e aos colegas pelo apoio e amizade sempre presentes.

Às colegas da turma do Mestrado Profissional 2013-2015, pela troca de experiências e conhecimento. Vocês me incentivaram a não desistir e ir até o final desta conquista!

À Direção de Enfermagem representada pela Dr<sup>a</sup> Marilene Lowen Wall, por fazer parte do processo que promoveu a parceria realizada entre o Hospital de Clínicas e a Universidade Federal do Paraná para o incentivo à produção científica e implementação prática deste conhecimento.

Aos especialistas brasileiros nas áreas de Segurança do Paciente e Assistência Cirúrgica, por aceitarem o convite em participar deste estudo. Seus conhecimentos, experiência e disponibilidade tornaram possível a validação do instrumento proposto, com a finalidade de minimizar os riscos e evitar os possíveis eventos adversos aos pacientes cirúrgicos nos períodos pré e pós-operatórios.

À gerente da Unidade Cirúrgica Dr<sup>a</sup> Vivian do Rocio Walach, a supervisora administrativa Rita Serraglio Munhoz, a supervisora médica Solange dos Anjos Cravo F. Bettini, a supervisora de enfermagem Carmem Silvana Hausberguer e a todas as enfermeiras e demais profissionais da equipe de saúde da Unidade Cirúrgica, como também aos membros da Assessoria de Gestão da Qualidade do HC-UFPR, por acreditarem e apoiarem este projeto em benefício da segurança dos pacientes cirúrgicos. O apoio de todos vocês permitiu a concretização deste estudo para a melhoria contínua da qualidade em nossos serviços. Obrigada!

## EPÍGRAFE

*Teus, ó Senhor, são a grandeza, o poder, a glória, a majestade e o esplendor, pois tudo o que há nos céus e na terra é teu. Teu, ó Senhor, é o reino; tu estás acima de tudo.*

*A riqueza e a honra vêm de ti; tu dominas sobre todas as coisas. Nas tuas mãos estão a força e o poder para exaltar e dar força a todos.*

*Agora, nosso Deus damos-te graças e louvamos o teu glorioso nome.*

1 Crônicas 29:11-13

## RESUMO

A segurança do paciente cirúrgico é considerada componente crítico da qualidade do cuidado em saúde e constitui o Segundo Desafio Global para a Segurança da Organização Mundial da Saúde. Para atender a este desafio, o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (PCSSV), lançado no biênio 2007 e 2008, tem como objetivo diminuir a morbimortalidade e elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde. Considerando que as ações de segurança incluem a assistência de enfermagem perioperatória, esta pesquisa teve por objetivo elaborar, avaliar e validar *checklist* de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatório. A pesquisa do tipo metodológica com abordagem quantitativa foi realizada entre março de 2013 a outubro de 2014, em um hospital universitário do estado do Paraná e aprovada em Comitê de Ética. A trajetória ocorreu por meio do Ciclo PDCA e seguiu diretrizes e princípios do PCSSV. Inicialmente foi elaborada uma versão preliminar de *checklist*, submetida à apreciação de 14 enfermeiros de unidades cirúrgicas, para ajustes e complementações. A seguir, o instrumento foi submetido a teste piloto em oito unidades cirúrgicas, cuja versão sofreu adaptações, a partir de reuniões e oficinas com as enfermeiras daquelas unidades. Depois desta fase houve a validação do *checklist*, por meio da Técnica Delphi com Escala Likert por oito especialistas. Foram enviados aos especialistas um formulário de avaliação com três blocos de respostas, acompanhado do *checklist* organizado em seis categorias de avaliação, o qual foi submetido a teste de confiabilidade pelo coeficiente Alfa de Cronbach. As respostas dos especialistas foram submetidas à mensuração quantitativa, pelo cálculo do escore do Ranking Médio e apresentaram escores de Likert  $\geq 1$  e grau de concordância  $\geq 75\%$ , atingindo-se o consenso nos atributos objetividade, clareza de redação, pertinência, credibilidade, validade de aplicação, validade de instrumento, informações claras e concisas, organização lógica do conteúdo e interface entre o profissional e o paciente cirúrgico. O *checklist* construído, avaliado e validado contempla 97 indicadores de segurança em seis categorias: Identificação (9 indicadores), Pré-operatório (13 indicadores), Pós-operatório Imediato (13 indicadores), Pós Operatório Mediato (28 indicadores), Outras Complicações Cirúrgicas (20 indicadores) e Alta Hospitalar (14 indicadores). Concluiu-se que o conteúdo do Checklist de Segurança Cirúrgica Pré e Pós-operatório é efetivo e eficaz para direcionar as ações de enfermagem ao paciente nos períodos pré e pós operatório; contribui para a segurança do paciente, por meio da monitorização de sinais e sintomas de alerta, produção de indicadores e pode ser utilizado e adaptado para outros serviços de saúde.

Descritores: Segurança do Paciente; Assistência Perioperatória; Lista de Checagem; Ciclo PDCA; Validação.

## ABSTRACT

The safety of surgical patients is considered a critical health care component of quality and for the World Health Organization it is the Second Global Safety Challenge. To meet this challenge, the Safe Surgery Saves Lives Program (PCSSV), launched during the years 2007 and 2008 aims to reduce morbidity and mortality and to raise the standards of quality in healthcare services. Whereas safety initiatives include the assistance of perioperative nursing, this study aimed to develop, evaluate and validate surgical safety checklist of the pre and postoperative. The research methodology using the quantitative approach was conducted from March 2013 to October 2014 in a university hospital of Parana state and it was approved by the Ethics Committee. The trajectory was through the PDCA cycle and followed the guidelines and PCSSV principles. Initially it was developed a draft checklist, submitted for consideration of 14 nurses in surgical units with ends of adjustments and additions. Next, the instrument was piloted in eight surgical units whose version was adapted from meetings and workshops with nurses from those units. After this phase there was the checklist validation by eight experts using the Delphi Likert Scale Technique. The experts were sent an evaluation form with three blocks of responses, accompanied by the checklist organized into six categories of evaluation, which was subjected to reliability test by Cronbach's alpha coefficient. The responses of the experts were subjected to quantitative measurement by calculating the Average Ranking score and presented scores of Likert  $\geq 1$  and degree of agreement  $\geq 75\%$ , reaching the consensus on the attributes of objectivity, clarity of writing, relevance, credibility, validity of application, validity of the instrument, clear and concise information, logical organization of content and interface between the professional and the surgical patient. The built, evaluated and validated checklist includes 97 safety indicators in six categories: Identification (9 indicators), Preoperative (13 indicators), Immediate Postoperative (13 indicators), Mediate Postoperative (28 indicators), Other Surgical Complications (20 indicators) and Hospital Discharge (14 indicators). It was concluded that the content of the Surgical Safety Checklist Pre and Post-operative proved to be effective and efficient to direct the actions of nurses to patients pre- and postoperative. It contributes with patient's safety through the monitoring of signs and warning symptoms, through the development of indicators and it can be used and adapted for other health services.

Keywords: Patient Safety; Perioperative Care; Checklist; PDCA Cycle; Validation.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - MANUAL PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS .....	36
FIGURA 2 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS.....	38
FIGURA 3 – CICLO PDCA.....	43

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 – SEXO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA EM CADA ESPECIALIDADE CIRÚRGICA.....	64
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - CONTRIBUIÇÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE SAÚDE. ....	33
QUADRO 2 - OBJETIVOS DO PCCSV DA OMS.....	36
QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DO CICLO PDCA.....	46
QUADRO 4 – PANORAMA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS CONFORME O CICLO PDCA. ....	57

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CHECKLISTS PREENCHIDOS POR ESPECIALIDADE CIRÚRGICA. .....	62
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR IDADE E ESPECIALIDADE CIRÚRGICA. ....	63
TABELA 3 – QUANTITATIVO DE CHECKLISTS PREENCHIDOS POR CATEGORIAS E CLÍNICAS PARTICIPANTES DA PESQUISA. ....	66
TABELA 4 – COMPARAÇÃO ENTRE O TEMPO DE INTERNAÇÃO ATÉ E ACIMA DE 24 HORAS.....	67
TABELA 5 - INDICADORES DE SEGURANÇA DA CATEGORIA II: FASE PRÉ- OPERATÓRIA.....	68
TABELA 6 - INDICADORES DE SEGURANÇA DA CATEGORIA III: FASE PÓS- OPERATÓRIA IMEDIATA.....	70
TABELA 7 - INDICADORES DE SEGURANÇA DA CATEGORIA IV: FASE PÓS- OPERATÓRIA MEDIATA.....	71
TABELA 8 - INDICADORES DE SEGURANÇA CATEGORIA V: ALTA HOSPITALAR.....	74
TABELA 9 – CONCORDÂNCIA COM TÍTULO E TEXTO DO CHECKLIST .....	80
TABELA 10 – RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA COM O TÍTULO . ....	82
TABELA 11 – CONCORDÂNCIA PARA O USO DO CHECKLIST .....	83
TABELA 12 – RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA PARA O USO DO CHECKLIST .....	84
TABELA 13 – CONCORDÂNCIA COM O CHECKLIST EM GERAL .....	85
TABELA 14 – RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA EM GERAL PARA O CHECKLIST .....	86
TABELA 15 – CONCORDÂNCIA PARA O USO DO CHECKLIST .....	92
TABELA 16 - RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA PARA USO DO CHECKLIST .....	92

## LISTA DE SIGLAS

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality* (Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde)

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses* (Associação de Enfermeiros Peri-operatórios Registrados)

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

EA – Evento Adverso

HC/UFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

ICPS - *International Classification for Patient Safety* (Classificação Internacional de Segurança de Paciente)

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

JCAHO - *Joint Commission for the Accreditation of Hospital Organizations*

JCI - *Joint Commission International*

MS – Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCSSV - Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas

PETROBRAS – Petróleo Brasileiro Sociedade Anônima

POI – Pós Operatório Imediato

POM – Pós Operatório Mediato

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDCA – *Plan, Do, Check and Act* (Planejar, Fazer, Checar e Agir)

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

POP – Procedimento Operacional Padrão

RM – Ranking Médio

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVP – Trombose Venosa Profunda

UCIR - Unidade Cirúrgica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA .....	19
2.2 ERROS E EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	28
2.3 HISTÓRICO DOS PROCESSOS DE SEGURANÇA .....	30
2.3.1 Segurança do paciente e qualidade do cuidado em saúde .....	31
2.3.2 Segurança do paciente cirúrgico .....	34
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	<b>39</b>
3.1 FERRAMENTA 5W2H PARA ELABORAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO .....	40
3.2 CICLO PDCA .....	41
3.3 ESCALA DE LIKERT .....	47
3.4 TÉCNICA DELPHI .....	48
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>49</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	49
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	49
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	50
4.4 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO CICLO PDCA .....	51
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	55
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>56</b>
5.1 FASE DE PLANEJAMENTO (P) DO CICLO PDCA .....	58
5.2 FASE DE DESENVOLVIMENTO (D) E CHECAGEM (C) DO CICLO PDCA .....	59
5.2.1 Elaboração do <i>checklist</i> .....	59
5.2.2 Primeira oficina realizada com as enfermeiras participantes .....	60
5.2.3 Teste piloto e coleta de dados .....	62
5.2.4 Segunda oficina realizada com as enfermeiras participantes .....	75
5.3 FASE DE AVALIAÇÃO (A) DO CICLO PDCA .....	78
5.3.1 Validação por Comitê de Especialistas .....	78
5.3.1.1 Resultados da primeira rodada Técnica Delphi .....	80
5.3.1.2 Resultados da segunda rodada Técnica Delphi .....	88
5.3.1.3 Análise da confiabilidade .....	93
5.4 REUNIÃO FINAL COM AS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES .....	94
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>95</b>

6.1 FASE DO PLANEJAMENTO (P) DO CICLO PDCA.....	96
6.2 FASE DO DESENVOLVIMENTO (D) E CHECAGEM (C) DO CICLO PDCA.	97
6.3 FASE DE AVALIAÇÃO (A) DO CICLO PDCA PARA VALIDAÇÃO DO CHEKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA.....	103
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>152</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem incentivado o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e recomendado a prestação de assistência pautada nas práticas baseadas em evidências, com foco na qualidade dos serviços de saúde e segurança do paciente. Para estes órgãos, frente aos direitos do indivíduo, os serviços de saúde não devem medir esforços para prestar assistência de forma efetiva, eficiente e segura (ANVISA, 2013). Nesta perspectiva, a atuação direta e contínua do enfermeiro no processo de cuidar, e também como parte integrante da equipe multiprofissional de saúde, é fundamental para o atendimento especializado, seguro e de qualidade.

A política inovadora para segurança do paciente iniciou-se na cidade de Genebra, em maio de 2002, ocasião da realização da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou à OMS, e aos seus Estados membros, o direcionamento da atenção ao tema. Em outubro de 2004, a OMS apoiou a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que visa o desenvolvimento de políticas, estratégias e metas para a prevenção de danos e conscientização para melhoria contínua nos cuidados prestados. A Aliança contempla o lançamento periódico de Desafios Globais para a Segurança do Paciente (WHO, 2008a; OMS, 2009).

A partir desse marco se destacam importantes iniciativas na Enfermagem, entre essas, a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em 2005; a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, em 2008; e sua representação no estado do Paraná, em 2012. Destaca-se também a criação do Programa Segurança do Paciente, pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e lideranças de Enfermagem, ao considerar que proporcionar assistência digna é tema prioritário e grande desafio para a sociedade (COREN-SP, 2013). Todas estas iniciativas têm como estratégias a articulação e a cooperação técnica entre instituições diretas e indiretamente ligadas à saúde e educação de profissionais, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2013).

Reconhecendo a relevância destas iniciativas internacionais e nacionais, o governo brasileiro instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Portaria Ministerial nº 529 e a RDC nº 36 dispõem sobre objetivos, estratégias e ações para a segurança e melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Neste contexto, também a segurança do paciente cirúrgico é considerada componente crítico da qualidade do cuidado em saúde, e constitui o Segundo Desafio Global para a Segurança da OMS. Para atender a este desafio, o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (PCSSV), lançado no biênio 2007 e 2008, tem como objetivo diminuir a morbimortalidade e elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde. Ao considerar que metade dos incidentes decorrentes de cirurgias é evitável, o Programa preconiza a verificação de itens mais significativos à segurança do paciente cirúrgico, por meio da aplicação de instrumento em forma de *checklist*. O instrumento, passível de adaptações de acordo com cada realidade institucional, é aplicável no ambiente de Centro Cirúrgico em três momentos distintos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e ao término da cirurgia (OMS, 2009). No Brasil, o PCSSV foi apresentado em 2010 pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ANVISA, 2013) e compõe o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

A aproximação da pesquisadora com este tema aconteceu em 2010 por ocasião da formação de um Grupo de Estudos composto por enfermeiras do Hospital de Clínicas (HC) e professoras do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O grupo tinha por objetivos apropriar-se das diretrizes do PCSSV da OMS, estabelecer estratégias de trabalho e plano de ação para sua implantação no HC. Essa iniciativa envolveu, progressivamente, outros enfermeiros assistenciais de unidades cirúrgicas, anestesistas, cirurgiões, gerentes e membros do colegiado cirúrgico institucional, por conscientização em unir objetivos entre o atendimento ao paciente cirúrgico e as demandas organizacionais.

Em 2011 o PCSSV foi instituído no Centro Cirúrgico Central, em duas especialidades piloto (Ortopedia e Cirurgia Pediátrica), e no Centro Cirúrgico Gineco-Obstétrico do HC da UFPR. Em novembro de 2012, por determinação do Conselho Diretivo, este grupo de estudos passou a constituir um Grupo de Trabalho

e, em maio de 2013, foi criado o Comitê de Segurança Cirúrgica institucional, demonstrando a importância e valor atribuídos pelos dirigentes, enfermeiros e demais profissionais na continuidade do referido Programa.

A participação da pesquisadora no Grupo de Estudos, como enfermeira do Serviço de Ortopedia, membro do Comitê de Segurança Cirúrgica e do Comitê da Qualidade do referido hospital, motivaram a busca por ampliar e aprofundar conhecimentos no tema. A posterior aprovação no Mestrado Profissional de Enfermagem em 2012, fruto da parceria do HC com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, permitiu a realização desta dissertação relacionada à cirurgia segura.

A partir da experiência adquirida em trabalhar durante 20 anos no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HC-UFPR, o fato de atualmente ser supervisora de enfermagem da Unidade Cirúrgica, composta pelo Centro Cirúrgico Central e por oito unidades de internação em diferentes especialidades, diversos questionamentos surgiram: Como posso tornar o cuidado prestado ao paciente cirúrgico mais seguro no meu local de trabalho? Como as equipes de enfermagem vivenciam o atendimento de pacientes após os procedimentos cirúrgicos? Como desenvolver novas estratégias para prevenção de danos e detecção precoce de complicações nos períodos pré e pós-operatório nas unidades de internação? Como contribuir para a implantação efetiva do PCSSV desde o momento da internação até a alta hospitalar?

Desta forma, a proposta deste estudo foi elaborada de forma a interligar a necessidade identificada na prática assistencial e gerencial com a fundamentação teórico-científica-metodológica necessária para subsidiar esta prática, concomitante com o ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem e participação no Grupo de Estudos Multidisciplinar em Saúde do Adulto da UFPR (GEMSA).

As ações de segurança do paciente cirúrgico no período perioperatório estão contempladas no PCSSV do HC da UFPR. Contudo, a prevenção dos problemas de qualidade relacionados à segurança do paciente, durante a assistência cirúrgica, deve voltar-se também para a fase da assistência pré e pós-operatória, pois se estima prevalência de 19% de incidentes relacionados à organização do serviço e à assistência (CARNEIRO *et al.*, 2011). Por outro lado, até o momento, o Programa

preconizado pela OMS abrange somente o período transoperatório, não havendo proposta de *checklist* para os períodos pré e pós-operatórios.

Atualmente no HC-UFPR é utilizado um instrumento descritivo para avaliação de enfermagem do paciente no período pré-operatório e de recuperação pós-anestésica; contudo não contempla todas as recomendações do PCSSV.

Conforme Pedreira e Harada (2009) o ajuste do cuidado de enfermagem ao chamado paradigma da era da segurança, depende de profissionais que procurem excelência no contexto técnico-científico, e isto se torna possível em ambientes cuja filosofia e recursos promovam e sustentem melhorias contínuas. Neste contexto, de ambiente institucional propício a inovações metodológicas, acrescido da implantação de programas mundiais e nacionais de estratégias à segurança do paciente cirúrgico, acredita-se ser possível avançar no PCSSV do HC da UFPR, por meio de um instrumento que auxilie neste propósito em períodos pré e pós-operatórios.

Outro fato favorável a esta finalidade está no Ciclo PDCA em uso no HC-UFPR como base científica e metodológica para a elaboração e operacionalização de novas ferramentas ou processos de trabalho. Segundo Alves (2009) se constitui em metodologia gerencial para melhoria contínua do serviço de saúde e da gestão da qualidade e utiliza as iniciais do termo, em língua inglesa, “*Plan*”, “*Do*”, “*Check*” e “*Act*”, que traduzidos significam: Planejar, Fazer, Checar e Corrigir corretivamente (ALVES, 2009).

Em síntese, a construção de instrumento ao processo de trabalho à enfermagem na modalidade de *checklist* para os períodos pré e pós-operatórios deverá considerar os princípios de simplicidade, de aplicabilidade e de possibilidade de mensuração e objetivos do PCSSV, tendo como base científica e metodológica o Ciclo PDCA.

Além de outros aspectos já relacionados, esta pesquisa se justifica pela proximidade com o Segundo Desafio Global da OMS (2009), o qual estimula o uso de instrumentos de verificação de práticas seguras, as quais contribuem para o desenvolvimento da cultura de segurança e entre profissionais.

A equipe de enfermagem pode contribuir, por meio da prática profissional, para a segurança ao paciente cirúrgico. Assim, com base nas recomendações mundiais voltadas para a realização de cirurgias seguras, as metas institucionais

do HC-UFPR e a responsabilidade ética profissional de enfermagem em preencher a lacuna identificada em relação à verificação de elementos essenciais à segurança, antes do paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico, e de elementos preditivos de complicações no pós-operatório imediato e mediato, durante a internação hospitalar. Esta pesquisa intenciona tornar-se mais uma contribuição à ciência em enfermagem.

Diante do exposto, a pergunta que direciona este estudo é: Quais são os elementos que devem compor um *checklist* de avaliação para os períodos pré e pós-operatório com vistas à segurança do paciente cirúrgico? E os objetivos são:

- a) Elaborar *checklist* para os períodos pré e pós-operatórios com base no Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS;
- b) Avaliar o conteúdo e a aplicabilidade do *checklist* de segurança cirúrgica;
- c) Validar a forma e conteúdo do checklist para segurança do paciente cirúrgico.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo estabelece os cuidados de enfermagem que devem ser prestados ao paciente no período perioperatório, ou seja: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, bem como informa sobre as políticas e estratégias inovadoras que os órgãos nacionais e internacionais relacionados à Segurança do Paciente (SP) propõem para prevenir e minimizar os riscos, erros e eventos adversos indesejáveis provenientes da assistência à saúde prestada ao paciente cirúrgico.

### 2.1 ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA

O hospital tem a finalidade social de promover a saúde da população, por meio da prestação de serviços especializados, com foco na assistência completa: curativa, preventiva e segura. O cuidar em enfermagem é uma relação que abrange tanto o ser cuidado como o ser que cuida, indo além do procedimento em si, pois faz parte de um sistema complexo. Por isso, torna-se fundamental o entendimento do que envolve o paciente cirúrgico durante a assistência de enfermagem no período perioperatório (CALLEGARO et al., 2010).

Este período perioperatório inicia-se quando o paciente é informado da necessidade da intervenção cirúrgica, continua durante a realização do procedimento indicado, durante o período de recuperação e permanece até o momento em que o paciente retoma suas atividades diárias normais. Deste modo, a palavra perioperatório é usada para definir o conjunto das três fases da experiência cirúrgica do paciente: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Dentro deste contexto, o enfermeiro deve proporcionar assistência de enfermagem nas três fases citadas, de maneira individualizada e com o objetivo de recuperar a integridade do paciente cirúrgico (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; GOODMAN, 2013; COSTA; FARIAS; OLIVEIRA, 2013).

A internação hospitalar é considerada pelo indivíduo que a vivencia como sendo experiência desagradável, pois é permeada por vários fatores: medo do

desconhecido, utilização de recursos tecnológicos invasivos e/ou dolorosos; linguagem técnica que aumenta a ansiedade da pessoa doente em relação à sua patologia, desconforto de estar em ambiente estranho que o descaracteriza, partilhar o mesmo espaço físico com pessoas estranhas do seu convívio familiar e também pela preocupação em relação a sua evolução do tratamento (MORAIS *et al.*, 2009).

O procedimento cirúrgico é tratamento invasivo e traumático para o paciente e exige da enfermagem cuidados específicos, desde o momento em que o paciente chega à instituição até o momento da alta hospitalar. Nesse sentido, é determinante ao enfermeiro conhecer o paciente; fazer o levantamento de dados significantes sobre seu estado de saúde; detectar problemas; coletar, organizar e priorizar ações; estabelecer diagnóstico de enfermagem, elaborar plano de cuidados e implementar assistência de qualidade em todas as fases da experiência cirúrgica, minimizando os riscos de complicações (PERSEGONA; ZAGONEL, 2008; MACHADO *et al.*, 2013).

Essas complicações são consideradas sérias preocupações por todo o mundo. Embora as taxas de mortalidade e as complicações após cirurgias sejam difíceis de comparar, em países industrializados sua ocorrência foi documentada entre 3–16% e a taxa de mortalidade em 0,4–0,8%, ou seja, em cada 300 pacientes admitidos ocorre um óbito. Estudos em países em desenvolvimento sugerem taxa de mortalidade de 5–10% associada às cirurgias maiores (OMS, 2009).

Em relação às complicações e ações para a segurança do paciente cirúrgico, a *Agency for Healthcare and Quality (AHRQ)*, do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do governo dos Estados Unidos da América, definiu os seguintes indicadores a serem monitorados nos serviços de saúde: complicações na anestesia; mortalidade por doença pré-existente ou situações adversas de baixa mortalidade; úlcera de decúbito; falha de resgate; corpo estranho deixado no corpo durante a cirurgia; pneumotórax iatrogênico; infecções relacionadas à assistência à saúde; fratura de quadril pós-operatória; hemorragia ou hematoma; alterações fisiológicas ou metabólicas; disfunção respiratória; Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar; sepse; deiscência de sutura no pós-operatório de pacientes de cirurgia abdominal e pélvica; punção acidental e laceração; reação transfusional; trauma de nascimento com dano ao neonato; trauma obstétrico em

parto vaginal com instrumento, em parto vaginal sem instrumento e por cesariana (AHRQ, 2011).

A percepção sobre segurança cirúrgica demonstra que as estatísticas sobre morbimortalidade, após procedimentos cirúrgicos, são consideradas inadmissíveis em pleno século XXI, além de comprometer a civilização mundial. As complicações pós-operatórias trazem inúmeras consequências, como o prolongamento da internação hospitalar, aumento no risco de reinternações e, muitas vezes, a necessidade de transferências para unidades de tratamento intensivo, podendo ocasionar até a morte (FERRAZ, 2009). Apesar dos avanços na área do conhecimento e das ações sobre segurança do paciente, as evidências científicas comprovam que a realização de cirurgias seguras deve ser prioridade mundial porque as complicações cirúrgicas são responsáveis por grande proporção das mortes e agravos que podem ser preveníveis (OMS, 2009).

As ações preventivas de agravos ao paciente cirúrgico devem ser planejadas, implementadas e avaliadas durante todo o período perioperatório, sendo assim, o sucesso do tratamento depende da interação da assistência prestada em todas as fases da experiência cirúrgica e o papel fundamental da enfermagem é evitar complicações e proporcionar recuperação rápida e eficaz ao paciente (DE MATTIA; MAIA; OLIVEIRA, 2010).

A realização de investigação científica sobre as necessidades do paciente cirúrgico é fator essencial para aquisição de conhecimentos teórico-científicos que fundamentem a prática do cuidar em enfermagem e para implantação de intervenções específicas que possibilitem o alcance do principal objetivo da enfermagem perioperatória: a segurança do paciente (GOTARDO; GALVÃO, 2009; POVEDA; GALVÃO; SANTOS, 2009).

Conceitualmente o período pré-operatório inicia-se a partir da decisão sobre a necessidade de intervenção cirúrgica e o paciente é internado em um leito hospitalar (MONTEIRO, 2014). Este período se estende com a transferência do paciente para a mesa cirúrgica (MENDONÇA *et al.*, 2007). É importante que todo o processo cirúrgico seja avaliado para prevenir complicações ou riscos que possam influenciar no ato cirúrgico e no pós-operatório (SOBECC, 2009).

No pré-operatório os cuidados prestados aos pacientes são: retirada de prótese, esmaltes, joias, aparelho auditivo; verificação de sinais vitais;

encaminhamento e/ou realização de higiene corporal; esvaziamento vesical; e a realização de tricotomia da região que será operada. Estudos orientam que a tricotomia deve ser feita com cortadores elétricos, com técnica adequada e imediatamente antes da cirurgia; acrescentam que o risco de infecção do sítio cirúrgico inclui a tricotomia devido a cortes microscópicos na pele, que são focos para multiplicação bacteriana (CRHISTÓFORO; CARVALHO, 2009; SOBECC, 2009; OMS, 2009).

Outra situação frequente, e que merece atenção dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades cirúrgicas e centros cirúrgicos, está relacionada ao uso de *piercings* pelos pacientes, os quais devem ser orientados sobre as possíveis complicações associadas durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Pois, conforme os locais do corpo em que estes acessórios se encontram, podem provocar lesões devido à pressão ou mobilização durante o procedimento. Na indução anestésica podem ser deslocados para as vias aéreas - ocasionando edema e hipóxia - ou para o trato gastrointestinal. Também, podem ocasionar lesões de pele no momento da transferência da maca para a mesa cirúrgica ou da maca para a cama do quarto do paciente (DICCINI; NOGUEIRA, 2008).

A retirada de roupa íntima e a colocação de vestimenta específica com abertura na parte posterior são necessárias. Estes cuidados realizados pela equipe de enfermagem podem causar constrangimentos, porque causam exposição de suas partes íntimas. Porém, estas práticas devem ser realizadas e são justificadas porque a roupa pode causar interferência no eletro cautério utilizado no período intraoperatório. O jejum é fundamental para prevenir o risco de regurgitação do conteúdo gástrico e o preparo gastrointestinal é importante para evitar acidentes traumáticos durante as cirurgias abdominais e pélvicas, como a liberação do conteúdo intestinal na cavidade do peritônio pelas fezes, além de proporcionar melhor visualização do campo operatório (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Em pesquisa realizada foram identificadas fragilidades nos cuidados prestados ao paciente cirúrgico e mudanças foram sugeridas na prática de enfermagem no ambiente hospitalar para evitar o cuidado mecânico e rotineiro, obtenha-se dados do paciente pela consulta de enfermagem no período pré-operatório, que deve incluir exame físico e o registro dos dados, com objetivo de realizar avaliação do paciente, orientação sobre os passos da assistência durante

a internação hospitalar e esclarecimentos de dúvidas (CHRISTÓFORO E CARVALHO, 2009).

Em outro aspecto, uma revisão integrativa da literatura observou a importância da visita pré-operatória de enfermagem na clínica de internação para a coleta de informações sobre o paciente e identificação de suas necessidades, com objetivo de tornar o cuidado de enfermagem perioperatório individualizado e eficaz, possibilitando detecção, solução e encaminhamento de problemas (BASTOS *et al.*, 2013).

Deste modo, a consulta de enfermagem ao paciente cirúrgico constitui o sistema de assistência continuada, participativa, integral e documentada fundamental para avaliação da qualidade do atendimento. Essa é imprescindível para identificar problemas e expectativas do paciente e seus familiares, conhecer hábitos individuais que facilitem a adaptação ao setor de internação e ao tratamento, estabelecer relação interpessoal, fornecer subsídios para a tomada de decisão, avaliar sua evolução, detectar alterações, reforçar informações prestadas no pré-operatório e reduzir o nível de ansiedade (RAZERA; BRAGA, 2011).

Na relação terapêutica, no período pré-operatório, está indicado o emprego de vocabulário simples e de modo objetivo para facilitar a compreensão dos pacientes, suporte emocional e informativo, com a finalidade de minimizar a ansiedade ocasionada pela realização da intervenção cirúrgica (ATIK *et al.*, 2009; COSTA; FARIA; OLIVEIRA, 2013). Neste sentido, o enfermeiro torna-se indispensável na equipe multiprofissional por ser o responsável em estabelecer comunicação terapêutica com o paciente, a fim de atender suas expectativas e assegurar conforto físico, emocional e espiritual (SOUZA *et al.*, 2011).

Ao se tratar de aspectos gerenciais, o enfermeiro é responsável por fornecer orientação sobre a cirurgia; supervisionar o preparo pré-operatório específico ao procedimento proposto; realizar o planejamento da assistência de enfermagem de forma individualizada; atentar para o tipo de cirurgia, rotina padronizada na instituição e verificar outras necessidades particulares do paciente e familiares (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

O *checklist* não substitui a avaliação de enfermagem na coleta de dados e exame físico, mas faz parte do processo de enfermagem e auxilia no planejamento dos cuidados.

Dentro deste contexto, faz-se necessário a avaliação dos fatores de risco de cada paciente no pré-operatório e a consideração desses fatores para elaboração do plano de cuidados de enfermagem, os quais são determinantes para minimizar os riscos de intercorrências (ONG *et al.*, 2009). Por sua vez, os fatores de risco identificados e as orientações dadas ao paciente no período pré-operatório devem ser registrados e documentados (LOPES; GALVÃO, 2010); estas pesquisadoras, por meio de revisão integrativa da literatura, identificaram os principais fatores de risco no paciente cirúrgico:

- a) Idade: os pacientes com idade avançada ou muito jovens tem maior probabilidade da ocorrência de lesões de pele;
- b) Peso: os extremos relacionados ao baixo peso ou obesidade e sobrepeso podem potencializar as complicações;
- c) Imobilidade ou problemas de mobilização durante a assistência podem propiciar pontos de pressão, com risco de formação de úlceras de pressão ou na formação de trombose;
- d) Condições mórbidas pré-existentes como Diabetes Mellitus, câncer, insuficiência renal, enfermidades vasculares, cardíacas, respiratórias e que afetam o sistema imunológico. Os baixos níveis de hematócrito e hemoglobina no pré-operatório favorecem o desenvolvimento de complicações nos períodos intra e pós-operatório.

Com este cenário de evidências científicas a enfermagem é desafiada a identificar os problemas, fazer o planejamento de cuidados conforme a individualidade de cada paciente, prestar orientações gerais relativas ao tratamento cirúrgico, estimular o autocuidado e considerar especificidades e aspectos subjetivos dos pacientes. Esses elementos são essenciais para oferecer assistência de qualidade, avaliação e gerenciamento adequado do processo cirúrgico, bem como tem a finalidade de prevenir riscos que possam influenciar no ato cirúrgico e evitar danos no período pós-operatório. Considera-se que a prática do cuidar torna-se processo fortalecedor da qualidade do serviço prestado e que o desenvolvimento destas ações confere, ao profissional de enfermagem, a segurança para atender o paciente em suas reais necessidades, além de colaborar

na prevenção de complicações cirúrgicas (ONG *et al.*, 2009; SOBECC, 2009; DE MATTIA; MAIA; OLIVEIRA, 2010; COSTA; FARIA; OLIVEIRA, 2013).

O período intraoperatório é o momento da cirurgia propriamente dita (MONTEIRO, 2014). Estudo mostra que a visão dos pacientes em relação a sua experiência no centro cirúrgico, é limitada devido aos efeitos da anestesia. Em relação à assistência de enfermagem predomina o modelo biomédico, administrativo e hierarquizado (SALAZAR MAYA, 2012).

De acordo com Lopes e Galvão (2010) constituem fatores de risco no intraoperatório que demandam o planejamento da assistência de enfermagem:

- a) Anestesia geral: o corpo perde a proteção fisiológica normal para os mecanismos compensatórios, o que torna o organismo suscetível a lesões musculares, nervosas e a dor. O uso de medicamentos, como os relaxantes musculares e analgésicos durante a anestesia, pode mascarar o diagnóstico de lesões que ocorreram no intraoperatório;
- b) Temperatura corporal: a hipotermia faz com que o corpo exija mais oxigênio, e, caso este aporte seja desnecessário, pode proporcionar o favorecimento de necrose e morte tecidual;
- c) Tempo cirúrgico prolongado: nos procedimentos cirúrgicos com mais de duas horas de duração a oxigenação dos tecidos é afetada pela compressão, favorecendo a formação de úlceras por pressão;
- d) O posicionamento cirúrgico do paciente causa impactos negativos nos sistemas corporais e pode também ocasionar diversas complicações, como dor musculoesquelética e articular, danos nos nervos periféricos, lesões de pele, comprometimento cardiovascular e pulmonar e, até mesmo, síndrome compartimental;
- e) Hipotermia corporal causa complicações cardiovasculares, distúrbios da coagulação, alterações imunológicas e hidroeletrólíticas. Pode também causar diminuição do metabolismo de fármacos e aumentar o tempo de recuperação pós-anestésica.

Diante destes e outros fatores o enfermeiro deve conhecê-los para garantir a qualidade da assistência, para prestação de cuidados livres de riscos, com a

finalidade de realizar prática segura e com base em evidências (SANTOS; RENNÓ, 2013).

O pós operatório refere-se ao período no qual o paciente já foi submetido ao procedimento cirúrgico, no entanto pode apresentar complicações (MONTEIRO, 2014). O pós-operatório imediato compreende as primeiras 24 horas após a realização do procedimento cirúrgico e, nesta fase, o paciente necessita de cuidados específicos, para suprir as necessidades relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico devido às ocorrências geradas por toda dinâmica pré-operatória. Este período é considerado crítico devido às complexas alterações fisiológicas que acometem o paciente e que estão relacionadas ao tipo de cirurgia, patologias pré-existentes e características individuais (CARNEIRO; BERTI, 2009; SAURIN; CROSSETTI, 2013).

Dentre os cuidados de enfermagem prestados no período pós-operatório destacam-se:

- a) Verificar sinais vitais, nível de consciência, da saturação de oxigênio, da permeabilidade das vias de acesso. Realizar mudança de decúbito, estimular a deambulação precoce, orientar pacientes conforme a cirurgia realizada, estimular o autocuidado, atentar e tratar a retenção urinária, supervisionar condições de pele, tratar possíveis lesões e administrar medicamentos (AORN, 2013);
- b) Fazer a inspeção diária do sítio cirúrgico e avaliação durante todas as fases do processo de cicatrização, cuidado este que contribui para melhor recuperação do paciente (AORN, 2013);
- c) Executar ações que visem o cuidado com os dispositivos de drenagem e ostomias como manutenção, respeito ao tempo de permanência, mobilização e remoção, cuidados estes que auxiliam na proteção de deslocamentos e complicações, assegurando a recuperação dos indivíduos em uso desses dispositivos (AORN, 2013);
- d) Proceder intervenções efetivas para prevenção e tratamento da hipotermia, com redução das complicações associadas como aumento da morbidade, da incidência de infecção do sítio cirúrgico e da oxigenação responsável por

distúrbios no sistema cardíaco e prejuízos à função plaquetária (GOTARDO; GALVÃO, 2009).

- e) Efetuar cuidados na prevenção e controle das frequentes ocorrências de náusea e vômito. Evidências científicas mostram que há intervenções que podem prevenir essas complicações e promover a satisfação do paciente (CHANDRAKANTAN; GLASS, 2011; MACHADO *et al.*, 2013).
- f) Dar suporte e identificar necessidades por meio do diálogo, da escuta e de orientações que favoreçam a compreensão do paciente sobre sua cirurgia, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de habilidades necessárias na manutenção de comportamento adequado para recuperação da saúde (UMANN; GUIDO, LINCH, 2010).
- g) Controlar a dor pós-operatória, por meio do uso de analgésicos e anti-inflamatórios, conforme prescrição médica; A avaliação da dor deve ser incluída nos sinais vitais (5º sinal vital) para amenizar sofrimento e assegurar o direito do paciente (AORN, 2013). A dor pós-operatória é proporcional ao tamanho da incisão e grau de estimulação das terminações nervosas. Quanto maior for a lesão tecidual, maior será a intensidade da dor, pois mediadores de inflamação e substâncias algogênicas são liberados durante o procedimento cirúrgico, causando a estimulação de nociceptores das fibras neurais, o que conseqüentemente, aumenta a transmissão do impulso doloroso (SILVA; RIBEIRO FILHO, 2011; RIBEIRO, 2012).

Segundo a *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN), é essencial que o enfermeiro saiba reconhecer a importância do monitoramento dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente cirúrgico para previsão e impedimento de complicações no período pós-operatório (AORN, 2013). Nesse contexto, as clínicas cirúrgicas devem produzir instrumentos que apontem problemas que são identificados com frequência, durante a prestação da assistência ao paciente, fazer o planejamento das intervenções de enfermagem para os problemas identificados, realizar plano de alta hospitalar e orientações sobre os cuidados domiciliares, a fim de estabelecer e padronizar este planejamento com qualidade (BASTOS *et al.*, 2013).

## 2.2 ERROS E EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Observam-se na atualidade, por meio das diferentes formas de mídia, notícias sobre erros, negligências e eventos adversos decorrentes da assistência à saúde insegura, cabendo às instituições e órgãos responsáveis à adoção de medidas preventivas. Os potenciais danos aos pacientes e prejuízos para a assistência podem estar relacionados aos cuidados prestados, aos processos e as estruturas dos serviços de saúde. A ocorrência de eventos adversos apresenta impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) devido ao aumento da morbidade e mortalidade; no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos, como também influencia outros campos da vida social e econômica do país (ANVISA, 2013).

Em relação à Segurança do Paciente foi desenvolvida pela OMS em 2004, a *International Classification for Patient Safety - ICPS*, esta classificação internacional para a segurança do paciente contém 48 conceitos-chaves (OMS, 2009; RUCIMAN *et al.*, 2009) e foi traduzida e validada em Portugal com autorização da OMS como *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD)*. Com base nesta classificação, “erro” é: a falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, os quais podem acontecer por prática de ação errada ou por não conseguir praticar a ação certa, quer seja na fase de planejamento ou fase de execução de qualquer procedimento (OMS, 2011). Evento Adverso (EA) é o incidente que resulta em dano ao paciente (OMS, 2011; BRASIL, 2013).

A ocorrência de Evento Adverso (EA) é considerada sério problema relacionado à segurança do paciente e reflete os problemas na qualidade do cuidado prestado em todo o mundo. Estes desfechos indesejáveis não deveriam acontecer nas organizações de saúde e, dependendo da gravidade, podem levar o paciente ao óbito. Por EA compreende-se, por exemplo, os descuidos com esterilização, utilização inadequada de antibióticos, equipamentos defeituosos ou ausentes, falta de leitos de terapia intensiva, condições inadequadas de atendimentos e falta de práticas e processos seguros. Na área cirúrgica destacam-

se ainda, as complicações de segurança associadas à anestesia e à cirurgia, tais como local ou paciente errado (FERRAZ, 2009).

É importante compreender que os erros são, por definição, não intencionais, enquanto que violações são atos intencionais. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução de procedimentos. Também, com base na ICPS, os incidentes relacionados ao cuidado podem ser divididos em *near miss* (não atingiu o paciente); incidente sem dano (atingiu o paciente, mas não causou dano) e incidente com dano (resulta em dano ao paciente), ou seja, este é considerado como evento adverso. Estudos referem que existe interface muito tênue entre o EA e o erro, sendo que alguns fatores podem levar à ocorrência de ambos: baixos salários, condições inadequadas de trabalho e a falta de manutenção de equipamentos (FERRAZ, 2009; MIRANDA *et al.*, 2012).

Como os erros na assistência causam repercussões para o indivíduo, instituições e sociedade, os órgãos de saúde têm estabelecido estratégias para a melhoria do cuidado prestado, com a finalidade de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, por meio de estabelecimentos de políticas públicas e iniciativas privadas (ANVISA, 2013).

Estudo para avaliação dos Eventos Adversos em três hospitais públicos de ensino no estado do Rio de Janeiro, no qual se utilizou o método de revisão retrospectiva de prontuários, constatou incidência de 7,6%, e destes 5,9% foram EA cirúrgicos. A origem mais frequente dos eventos estava relacionada ao procedimento cirúrgico (36,2%), os quais foram detectados durante a internação (87,8%), eram evitáveis (68,3%) e com importante taxa de mortalidade (17,9%). Foi evidenciado que o cuidado de saúde prestado causou dano na proporção de 1/5 dos pacientes que apresentaram EA cirúrgico, pois estes evoluíram com incapacidade permanente ou morreram (MENDES *et al.*, 2009).

Em pesquisa realizada em clínica de internação de pacientes cirúrgicos da região centro-oeste brasileira, dentre 218 EA, 170(77,98 %) resultaram em danos leves, 36(16,51%) em danos moderados e cinco (2,29%) em danos graves, entre estes sete (3,21%) resultaram em óbito. As pesquisadoras relataram que os EA mais recorrentes foram dor aguda no pós-operatório, retirada de dispositivos tubulares não programados, falhas de procedimentos relacionados à falta de

habilidade técnica do profissional que resultou em nova intervenção cirúrgica, prolongamento no tempo de internação, complicações nos locais de punção, lesões por mau posicionamento da traqueostomia e óbito. Foram apontados também problemas administrativos que interferiram na qualidade do atendimento: suspensões cirúrgicas e internações indevidas, as quais resultaram no prolongamento da internação e novo agendamento do procedimento cirúrgico (PARANAGUÁ *et al.*, 2013).

Outra pesquisa realizada com profissionais de enfermagem, em ambiente de centro cirúrgico de instituição privada, foi evidenciada que os atos rotineiros no trabalho dos profissionais, em relação aos procedimentos eletivos e aos problemas de comunicação entre membros da equipe de enfermagem e da equipe médica foram consideradas fortes razões para a ocorrência de EA. Por outro lado, verificou-se que não houve problemas com a conferência de equipamentos e materiais, bem como a conferência da identificação do paciente, o que sugere amadurecimento desta instituição na implantação de medidas preventivas em relação à ocorrência de EA (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

Os Eventos Adversos (EAS) evitáveis e os seus fatores contribuintes podem ser modificadas e melhoradas por ações que não requerem tanta complexidade tecnológica. Métodos mais simples podem ser elaborados e testados com a finalidade de monitorar e evitar, em tempo real, os incidentes que podem resultar em prejuízos físicos, emocionais e até mesmo financeiros para o paciente e profissionais envolvidos nesta assistência (MENDES *et al.*, 2013).

Atualmente as ações para a segurança do paciente promovem a substituição da culpa por uma nova abordagem que faz repensar os processos assistenciais. A busca contínua pela qualidade da assistência e segurança do paciente internado, em instituições de saúde, é responsabilidade conferida ao enfermeiro e tornou-se objeto de estudos, com vistas à prevenção da ocorrência de erros antes que estes causem danos aos pacientes (COSTA *et al.*, 2011; ANVISA, 2013).

### 2.3 HISTÓRICO DOS PROCESSOS DE SEGURANÇA

O desenvolvimento na área de segurança do paciente nas instituições de saúde mudou o modo como o cuidado é prestado, na medida em que foi influenciado por disciplinas de outros campos do conhecimento, as quais se preocuparam em estudar o erro humano, os acidentes e sua prevenção. Área como a de aviação, na qual a segurança e precisão são fundamentais, utiliza ferramentas relativamente simples para garantir que falhas sejam evitadas e todas as etapas de um processo sejam cumpridas (GAWANDE, 2011; VATS; NAGPAL; MOORTHY, 2009). A cultura de segurança na aviação civil iniciou-se após o acidente com o avião modelo 299 da Boeing. A partir deste evento surgiram os *checklist* para as decolagens, permitindo que os pilotos comandassem este tipo de avião, por cerca de três milhões de quilômetros sem nenhum acidente sequer. A aviação experimentou expressivo aumento da segurança, sendo que a mortalidade passou a ser de apenas um passageiro em mais de um milhão (GAWANDE, 2011).

Neste sentido, Ferraz (2009) relata que historicamente, os processos de segurança tiveram grande avanço nos últimos 30 anos, iniciando com a instalação e funcionamento das usinas Nucleares e depois dos acidentes de Three Mile Island, nos EUA e de Chernobyl, na antiga União Soviética. O autor exemplifica ações em prol da segurança na NASA, após acidentes com vários lançamentos e voos tripulados; No Brasil, a empresa PETROBRAS (Petróleo Brasileiro Sociedade Anônima) desenvolveu processos crescentes de segurança em águas profundas. Por outro lado, na área da saúde os primeiros a adotarem cultura de segurança foram os Hemocentros e a Anestesiologia. Na década de 70 morria um paciente para cada 5000 anestésias, mas com o aprimoramento da tecnologia e do conhecimento científico, como por exemplo a adoção de ficha de verificação anestésica em 2000, a mortalidade passou de um paciente para 250.000 anestésias.

### 2.3.1 Segurança do paciente e qualidade do cuidado em saúde

Nos últimos anos a preocupação com a segurança do paciente e a redução dos erros, decorrentes da assistência em saúde, têm se intensificado e adquirido

abrangência mundial. Os incidentes advindos do cuidado refletem na melhoria da qualidade e segurança desta assistência (WHO,2009). Na enfermagem as questões relacionadas à segurança do paciente tiveram início com a precursora da profissão, Florence Nightingale, que adotava condutas eficazes para a época, prevenindo infecções e agravos dos pacientes. Florence tinha a preocupação de manter o ambiente de internação limpo e arejado e, por volta de 1859, com olhar muito à frente do seu tempo e com vistas à assistência de qualidade, já promovia ações para o controle de doenças relacionadas com a falta de higiene no ambiente de internação (PEDREIRA, 2009).

Um marco mais recente relacionado à temática foi a publicação do livro “To Err is Human: Building a Safer Health System” (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) em 1999 nos Estados Unidos (KOHN *et al.*, 2000), o qual expôs o tema no âmbito político e no âmbito do debate público em todo o mundo. O referido livro apresentou dados alarmantes de eventos adversos no sistema de saúde norte-americano: tinham aproximadamente 1 milhão de pacientes sofrendo dano e quase 100.000 morrendo por ano em decorrência de assistência inadequada (ANVISA, 2013).

Um marco significativo para reverter os danos provocados nos pacientes em serviços de saúde, são os três atuais Desafios Globais para a segurança do paciente, lançados pela OMS: o primeiro desafio denominado Programa Cuidado Limpo é Cuidado Seguro, o segundo desafio global com o objetivo de elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde em qualquer lugar do mundo, por meio do estabelecimento de práticas seguras para a realização de cirurgias, as quais estão descritas no PCSSV e o terceiro desafio denominado Enfrentando a Resistência Microbiana, para incentivo do uso racional de antimicrobianos (OMS, 2009).

Com este mesmo propósito, a *Joint Commission International Center for Patient Safety* (JCAHO) foi designada pela OMS, em 2005, como primeiro centro colaborador dedicado à segurança do paciente e propôs metas internacionais com o objetivo de promover melhorias em áreas problemáticas específicas. Este centro enumera pontos importantes, também priorizados nesta pesquisa, tais como a identificação correta dos pacientes, adequada e efetiva comunicação entre a equipe de saúde, além de ações para assegurar que o paciente, o local de intervenção e

o procedimento estejam verificados e corretos (JCAHO, 2008). Na continuidade, em 2012 a JCAHO apresentou novas metas para segurança do paciente cirúrgico, tais como a utilização de indicadores; rotulagem de todos os medicamentos, embalagens e soluções dentro e fora do campo estéril no intraoperatório; cumprimento das orientações recomendadas de higienização de mãos; uso de práticas para prevenção de infecções de sítios cirúrgicos para garantir o procedimento correto, para o paciente correto, no local correto (JCAHO, 2012).

Para Vincent (2010) as ações de segurança contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, conforme argumentos apresentados no Quadro 1:

- a) Mostra com clareza como o cuidado de saúde pode ser danoso para os pacientes;
- b) Chama atenção para o impacto do erro e as consequências do dano;
- c) Aborda diretamente a questão do erro no cuidado de saúde, sua natureza e suas causas;
- d) Amplia a atenção sobre o desempenho humano;
- e) Amplia a atenção nas questões colocadas pela ergonomia e pela psicologia;
- f) Utiliza uma ampla variedade de modelos de segurança e qualidade da indústria, principalmente aquelas de alto risco;
- g) Introduz novas ferramentas e técnicas para a melhoria do cuidado em saúde.

QUADRO 1 - CONTRIBUIÇÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE PARA A QUALIDADE DO CUIDADO DE SAÚDE. FONTE: Vincent (2010). Tradução da autora.

Também a OMS prevê uma rede de ações com vista à segurança do paciente (WHO, 2013). Aquelas consideradas nesta pesquisa estão abaixo descritas:

- a) Área de ação nº 1: lançamentos dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente que pressupõe ações em segurança para minimizar riscos aos pacientes em todos os países membros;
- b) Área de Ação nº 3: Pesquisa em Segurança do Paciente envolvendo estudos internacionais para conhecimento da natureza do dano causado ao paciente e elaboração de ferramentas de prevenção;
- c) Área de Ação nº 6: Soluções para a Segurança do Paciente por meio de intervenções e ações práticas para prevenção de dano;

- d) Área de Ação nº 7: Para difusão de boas práticas para a mudança organizacional, da clínica e de equipe envolvendo diversos cuidados como a realização de procedimentos certos nos sítios certos;
- e) Área de Ação nº 9: Gerência de conhecimento para reunião e compartilhamento de conhecimentos, sobre a evolução mundial da segurança do paciente;
- f) Área de Ação nº 13: Elaboração de *checklists* para a área da saúde. Há outras listas em desenvolvimento para verificação de segurança em serviços de saúde, tais como *checklist* para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido e de cuidado ao Trauma.

A Área de Ação nº 13 está diretamente relacionada à proposta da presente pesquisa, pois estimula a elaboração de lista de verificação para outras áreas, em prol da segurança do paciente. A aplicação de instrumentos em forma de *checklist* é incentivada por reduzir a dependência da memória e intuição, as quais podem estar associadas às incertezas e excesso de demanda no trabalho (ELY; GRABER; CROSKERRY, 2011). A criação de *checklist* para diferentes abordagens de saúde foi estimulada após o sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em 2008, resultando na diminuição da morbimortalidade de pacientes.

### 2.3.2 Segurança do paciente cirúrgico

Embora o foco desta pesquisa seja a segurança do paciente no pré e pós-operatório, este capítulo tratará do mesmo enfoque, no ato cirúrgico. A justificativa para inclusão desta fase cirúrgica é por tratar-se da descrição e efetividade de listas de verificação na modalidade *checklist* para cirurgias seguras.

Em 2008 a OMS lançou oficialmente a Campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (OMS, 2009) e a *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN) apoiou esta campanha (AORN, 2009). O Programa é considerado o segundo Desafio Global e foi criado para diminuir as taxas de complicações causadas nas intervenções cirúrgicas nos serviços de saúde. Suas estratégias

incluem a definição de normas padronizadas de segurança para prevenção de infecções pós-cirúrgicas, para segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes cirúrgicas e a mensuração dos indicadores cirúrgicos (OMS, 2009). O Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a OMS e OPAS apresentou o Manual do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (FIGURA 1) para os serviços de saúde em 13 de maio de 2010 com a intenção de instrumentalizá-los e contribuir para a percepção da existência do risco (ANVISA, 2013). A percepção do risco é considerada o primeiro passo para a mudança ou reforço para realização de práticas efetivas de prevenção (OMS, 2009). Atualmente no Brasil, as atividades relacionadas a este desafio são realizadas em parceria entre a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, ANVISA, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) e a OPAS/OMS (ANVISA, 2013).

Com todo este cenário propício à cirurgia segura destaca-se que a assistência ao paciente cirúrgico é um processo complexo e envolve etapas que devem ser otimizadas para minimizar a perda desnecessária de vidas e complicações indesejáveis. Para atingir esta meta, o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas apresenta 10 objetivos a serem alcançados, tendo a segurança do paciente cirúrgico como tema, os quais são baseados em evidências científicas, conforme Quadro 2.

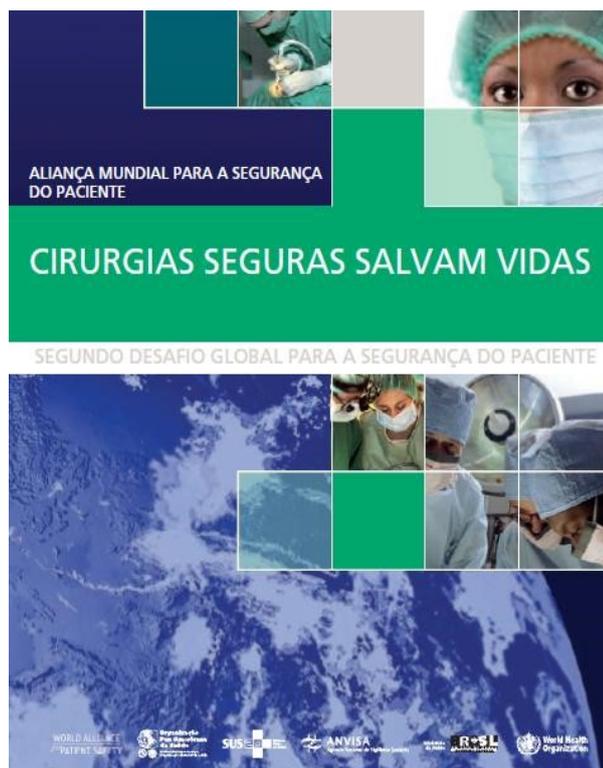


FIGURA 1 - MANUAL "PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS". FONTE: OMS (2009)

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo.
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

QUADRO 2 - OBJETIVOS DO PCCSV DA OMS. FONTE: OMS, 2009, pag. 25

O Programa também propõe o uso de um instrumento em forma de *checklist*, com 19 perguntas e que estão distribuídas em três etapas: “antes da indução anestésica”, “antes da incisão cirúrgica” e “antes do paciente deixar a sala operatória”. Entre os elementos para verificação estão a identificação do paciente, local da cirurgia, lateralidade, tipo de cirurgia, assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, história de alergias, funcionamento de equipamentos de anestesia e da sala, medicamentos, anestésicos e materiais utilizados, esterilização dos materiais, exames de imagem, disponibilidade e reserva de sangue para transfusão (OMS, 2009).

Especialistas membros da OMS instituíram o *checklist* cirúrgico (FIGURA 2) por meio de pesquisa em oito instituições pilotos no mundo (Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA), no período entre outubro de 2007 e setembro de 2008 (WHO, 2008b). Esta lista com 19 itens de controle foi aplicada nas diferentes instituições e países, levando em consideração as diferenças econômicas e a diversidade populacional do planeta. Deste modo, foram investigados 7.688 pacientes, sendo que 3.733 antes da utilização do *checklist* e 3.955 após o preenchimento do *checklist* (OMS, 2009). Os resultados evidenciaram redução de 36% das complicações cirúrgicas, 47% na taxa de mortalidade, 50% nas taxas de infecção e 25% na necessidade de nova intervenção cirúrgica. Assim sendo, estima-se que foram evitados danos a 250 pacientes e 27 mortes em um universo de 4.000 pacientes. Concluiu-se que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance dos pacientes serem submetidos a tratamento cirúrgico com padrões seguros de cuidados (HAYNES *et al.*, 2009).

Checklist da Campanha de Cirurgia Segura - OMS		
Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do Paciente</li> <li>• Local da cirurgia a ser feita</li> <li>• Procedimento a ser realizado</li> <li>• Consentimento Informado realizado</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica <input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK <input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500mL (7mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.	<input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do Paciente</li> <li>• Local da cirurgia a ser feita</li> <li>• Procedimento a ser realizado</li> </ul> Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica	A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: <input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) <input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

FIGURA 2 – LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PROGRAMA CIRURGIAS SEGURAS SALVAM VIDAS. FONTE: OMS (2009)

Pelo fato de acreditar que era preciso criar um método diferente para superar as falhas, integrando a experiência e o conhecimento acumulado, compensando as inevitáveis deficiências humanas, o médico cirurgião Gawande, participante dos estudos da OMS sobre cirurgias seguras, concluiu que um instrumento, em forma de *checklist*, constitui recurso básico, custo irrisório e que pode revolucionar a maneira como o conhecimento é colocado em prática (GAWANDE, 2011).

Diante dos bons resultados e das vantagens verificadas sobre o uso das listas de verificação (*checklist*), não existe mais argumentos para não utilizá-la. Neste contexto já se preconiza o uso de *checklist* desde o momento em que o paciente interna até o pós-operatório (DE VRIES *et al.*, 2010).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tal como citado por Falconi (2009) método é uma palavra de origem grega e representa a soma das palavras Meta e Hodós. Meta significa resultado a ser atingido e Hodós significa caminho. Por sua vez, o método é compreendido como o caminho para o resultado ou então sequência de ações necessárias para se atingir certo resultado desejado.

Em relação à segurança do paciente a ANVISA (2013) sugere três grandes metodologias: a abordagem epidemiológica, o gerenciamento de riscos e a abordagem da gestão da qualidade, sendo complementares entre si; ou seja, devem ser desenvolvidas de forma integrada, por serem complementares entre si.

A abordagem epidemiológica tem centrado esforços para quantificar a frequência de aparecimento de eventos adversos, explorando também os fatores que podem estar associados (demográficos, tipo de atenção, patologia, serviço) e as tentativas de classificação, conforme a gravidade e a possibilidade de evitar sua ocorrência (ANVISA, 2013).

O gerenciamento de riscos está centrado nos riscos para as instituições de saúde e nos riscos que os problemas de segurança representam ao paciente, com enfoque nos problemas anteriormente detectados, assim como em ações prospectivas e preventivas. (ANVISA, 2013).

Na metodologia da gestão da qualidade, a dimensão segurança segue os mesmos princípios que regem a melhoria contínua da qualidade, engloba atividades de monitoramento para detectar problemas e controlar a manutenção das melhorias por aplicação dos ciclos de melhoria, executa planejamento ou desenho da qualidade para prevenir o aparecimento de problemas e solucionar os problemas de qualidade/segurança identificados (ANVISA, 2013).

As ações para segurança do paciente, que fazem parte da gestão da qualidade, devem estar integradas com as atividades de monitoramento para a manutenção de nível excelente de segurança. Ciclos de melhoria da segurança do paciente, como o ciclo PDCA, podem e devem ser aplicados a distintos problemas, para a melhoria na prevenção de eventos adversos relacionados à segurança do paciente, tais como prevenção de quedas, úlceras de pressão, infecções de sítio cirúrgico, entre outros (ANVISA, 2013).

Estas metodologias fazem parte dos avanços nos cenários das práticas de saúde, em especial no ambiente hospitalar, os quais têm exigido dos profissionais, sobretudo do enfermeiro, conhecimento especializado e habilidades gerenciais, incluindo conhecimento nas áreas da administração. Nesse sentido, o termo gerência do cuidado de enfermagem envolve processo de articulação entre as esferas gerencial e assistencial, com vistas à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e de enfermagem, por meio do planejamento, previsão e provisão de recursos e da integração entre os profissionais da equipe de saúde (RODRIGUES; LIMA; CARDOSO, 2014). O conhecimento na área de administração possibilita a utilização de ferramentas gerenciais, como o 5W2H (*What, Why, Where, When, Who, How, How much*), e da metodologia do Ciclo PDCA, para implementar ações para melhoria da qualidade e segurança dos cuidados na área de saúde; os quais fundamentam metodologicamente a presente pesquisa.

### 3.1 FERRAMENTA 5W2H PARA ELABORAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO

Para a primeira fase desta pesquisa para apresentação e elaboração do Plano de Ação, com gestores e profissionais do local do estudo, utilizou-se o 5W2H pois já é uma ferramenta de gestão da instituição.

O 5W2H é uma ferramenta administrativa utilizada na elaboração de planos de ação e no estabelecimento de procedimentos associados a indicadores, tem cunho gerencial e serve para definição de responsabilidades, métodos, prazos, objetivos e recursos associados, para operacionalização de ações (CIERCO *et al.*, 2010).

Conforme descrevem Feger, Guerreiro e Moraes (2012), a sigla “5W2H” representa:

- a) *What* – O que será feito (etapas, objetivos e metas); ação ou tarefa proposta a ser realizadas para o atingir dos objetivos estratégicos ou de metas táticas.

- b) *Why* – Por que será feito (razões ou justificativa); justificativa lógica sobre a motivação da ação proposta.
- c) *Where* – Onde será feito (localização física ou setorial de esforços); local de materialização da ação, pode ser definido um local físico ou virtual.
- d) *When* – Quando será feito (período); prazo ou data de conclusão da ação, pode ser definido como um prazo relativo a uma outra ação.
- e) *Who* – Quem realizará (responsabilidade, ou determinação do público-alvo ou mesmo agentes da execução); responsável pela realização da ação que não precisa ser o executor.
- f) *How* – Como será feito (determinação de práticas, atividades de execução e diretrizes); meio ou maneira pela qual a ação poderá ser viabilizada.
- g) *How many* – (quantidade, custos e gastos) ou *How much* – (projeção de cumprimento de obrigações) custo estimado para a realização da ação. Pode ser fornecido por meio de parâmetros como H/h.

A ferramenta 5W2H possibilita o mapeamento das atividades que precisam ser desenvolvidas para solução de problemas e melhoria dos processos; a listagem das atividades no plano de ação deve ser elaborada com clareza, para que possa ser compreensível por todos os participantes do processo; tem a finalidade de estabelecer o que, por que e como será realizada cada atividade, quem a fará, onde e quando será desenvolvida e quanto custará (RODRIGUES; LIMA; CARDOSO, 2014).

### 3.2 CICLO PDCA

A seleção da metodologia do Ciclo PDCA para esta pesquisa ocorreu pelo fato de o HC da UFPR (local de estudo) fazer uso dela, sendo amplamente conhecida e utilizada por gestores e enfermeiros. O Ciclo PDCA foi utilizado como metodologia para o trabalho com enfermeiras, participantes desta pesquisa, à estruturação do *checklist* que foi submetido à avaliação.

O Ciclo PDCA é uma metodologia gerencial utilizada na gestão da qualidade e as iniciais em língua inglesa: *Plan, Do, Check and Act* traduzidos significam Planejar, Fazer, Checar e Agir corretivamente. Conforme Deming (1990) e Alves (2009) este método foi introduzido no Japão após a segunda guerra, idealizado por Shewhart, divulgado e aplicado por Deming. Conforme Pizdek (2003) é denominado Ciclo de Shewhart-Deming ou PDSA (*Plan, Do, Study, Act*). Este ciclo tem por princípio tornar mais claros e ágeis os processos de gestão.

Em 1996 foi publicado um dos primeiros estudos sobre como o Ciclo PDCA poderia ser adaptado para o contexto de cuidados em saúde. Este estudo direcionou o desenvolvimento das etapas: fase P (planejamento) se refere à identificação do objetivo do estudo, realização das perguntas, as previsões, enfim o plano para desenvolvimento do ciclo - quem, quando, onde e quando. Na fase D são documentadas as observações e se inicia a análise dos dados; a fase C (estudo ou checagem) completa e compara a análise dos dados, para resumir o que foi aprendido e na fase A (avaliação) o pesquisador verifica as mudanças que devem ser feitas, o que implica o próximo ciclo, destacando a contínua melhoria e possíveis fraquezas e fragilidades na qualidade dos processos e dos serviços prestados (LANGLEY, 1996).

Na intenção de coordenar os esforços para obter qualidade, Nogueira (2008) refere sobre a importância de seguir um processo, o qual é considerado a sequência de ações (passos) que norteiam as atividades a serem desenvolvidas. Ao conhecer e controlar os processos menores pode-se localizar os problemas e agir sobre a causa fundamental. A Figura 3 mostra o processo dinâmico do Ciclo PDCA em que cada fase é desenvolvida para promover a melhoria contínua de um processo ou serviço.

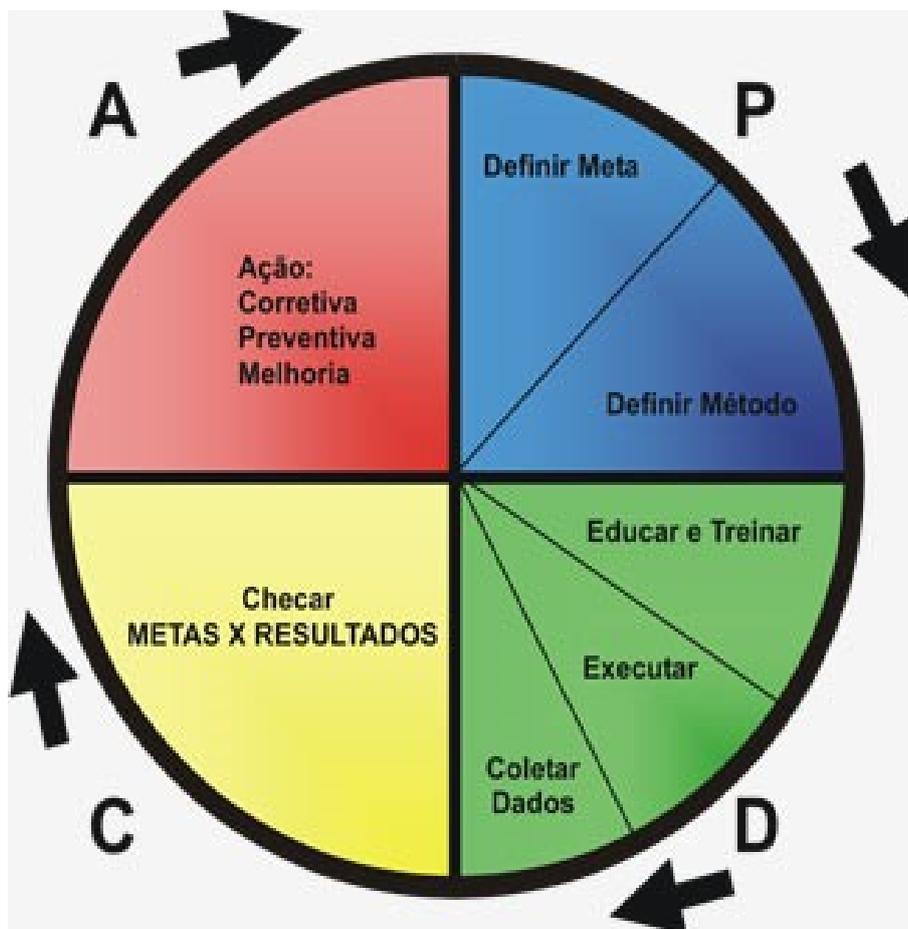


FIGURA 3 – CICLO PDCA. FONTE: Feger, Guerreiro e Moraes (2012)

Os termos PDCA e PDSA são frequentemente usados alternadamente, em referência ao método. Conforme verificado em estudo de revisão sistemática, para aplicação do método PDSA à melhoria da qualidade nos cuidados de saúde, os termos PDSA (*Plan, Do, Study e Act*) e PDCA (*Plan Do, Check e Act*) são frequentemente usados para o mesmo método, contudo esta distinção raramente é relatada na literatura (TAYLOR *et al.*, 2014). Para efeitos desta pesquisa, será utilizada a denominação Ciclo PDCA. Outros conceitos sobre a metodologia do Ciclo PDCA estão sintetizados no Quadro 3:

AUTORES AÇÃO	Deming (1990), Pyzdek (2003); Oribe (2009)	Campos (1992)	Alves (2009)
<b>“P” – PL AN (Planejamento)</b>	Estabelecer objetivos e processos necessários para atingir os resultados, em concordância com a política de segurança da organização. Uma importante fonte de dados nesta etapa são as informações das pessoas que trabalham com o sistema, identificando os problemas para melhorar o desempenho e elaborar um plano de ação.	Significa planejar e estabelecer metas e os meios para atingi-las. O processo de planejamento é estruturado pela identificação do problema, verificação de sua importância, características, frequência e modo de ocorrência. A seguir realiza-se a análise para descobrir as causas dos problemas e elabora-se o plano de ação, com estratégias para bloquear as causas fundamentais.	Planejamento com a identificação do problema, observação, análise das causas, definição de metas, elaboração e aprovação do plano de ação.
<b>“D” – DO (Fazer)</b>	Executar a mudança ou realizar um teste, implementando os processos propostos no plano de ação.	Consiste em executar as tarefas listadas no plano de ação e coletar dados para verificação do processo; verificar quais ações necessitam da ativa cooperação de todos e dar especial atenção às pessoas envolvidas, por meio da divulgação do plano de ação e de reuniões participativa. Executar a ação proposta com base no plano elaborados.	Esta etapa corresponde ao desenvolvimento da ação propriamente dita, ou seja, a execução do que foi planejado, incluindo nesta fase tanto as atividades propostas para capacitar as equipes executoras, como aquelas destinadas à coleta de dados, necessárias para subsidiar a fase seguinte.

Continua

Continuação

AUTORES AÇÃO	Deming (1990), Pyzdek (2003); Oribe (2009)	Campos (1992)	Alves (2009)
		Todas as ações e resultados devem ser registrados, com as respectivas datas.	
<b>“C” – CHECK (Checar)</b>	Verificar os efeitos da mudança ou do teste, relatando os resultados (planejados e executados), efeitos secundários e verificação da continuidade ou não do problema.	A fase “C” significa verificação, na qual os dados coletados na fase anterior são comparados com os resultados alcançados. Realiza-se a verificação para comparação dos resultados. Utilizam-se os dados coletados antes e após a ação para verificar a efetividade da ação e o grau de redução dos resultados indesejáveis. Os efeitos secundários (positivos e negativos) devem ser listados.	Fase de Checagem comparando as metas estipuladas com os dados levantados. Os resultados obtidos são organizados em forma de relatórios, gráficos, entre outros.
<b>“A” – ACT (Agir)</b>	Agir para a melhoria contínua do desempenho do sistema de gestão, com análise crítica dos resultados, padronização dos procedimentos implantados e transformando-os em procedimentos padrão.	Significa atuação corretiva após detectado o desvio, deve-se atuar no sentido de fazer as correções definitivas por meio da padronização, ou seja, da elaboração ou alteração do padrão para estabelecer um	Avaliação e Ação Corretiva para verificação do processo e planejamento de novas soluções. A partir do momento que os resultados são alcançados, padronizam-se as ações, por meio da elaboração de

## Conclusão

AUTORES AÇÃO	Deming (1990), Pyzdek (2003); Oribe (2009)	Campos (1992)	Alves (2009)
		novo procedimento operacional. Para conclusão, deve-se analisar os resultados e as demonstrações gráficas, fazer uma análise das etapas executadas e recapitular todo processo de solução do problema para trabalhos futuros.	Procedimento Operacional Padrão (POP). Esta fase é corretiva, contínua e preventiva para realização de melhorias.

QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DO CICLO PDCA. FONTE: Deming (1990); Pyzdek (2003); Oribe (2009); Campos (1992); Alves (2009).

Considerando que na última década a segurança do paciente passou a ter destaque nas discussões de cuidado ao paciente e nos processos que o envolve, estudos baseados em evidência buscam estabelecer melhores práticas para garantir a segurança; e as instituições direcionam esforços para a melhoria contínua em seus processos, e almejam certificações de acreditação hospitalar (LIMA; SOUZA; CUNHA, 2013). Neste contexto, é necessário considerar a resolução dos problemas de segurança, que devem ser identificados para posterior tomada de medidas corretivas pelos gestores e profissionais da saúde. Nos ciclos de melhoria, as atividades de avaliação e intervenção para resolução de problemas são baseadas nas técnicas de aprimoramento contínuo da qualidade, e o Ciclo PDCA ajusta-se por oportunizar a avaliação baseada em critérios de qualidade, intervenção para resolução de problemas e reavaliação para detectar e documentar a melhoria conseguida (ANVISA, 2013).

Como o método PDCA é equivalente à metodologia científica (BATALDEN, 1992; SPEROFF, O'CONNOR, 2004), e é recomendado pela OMS para melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde e atendimentos prestados em prol da segurança do paciente (OMS, 2009; ANVISA, 2013), sua utilização nesta pesquisa

oportunizou, de maneira sistematizada e participativa o desenvolvimento de *checklist* para pacientes em pré e pós-operatório em um hospital universitário.

### 3.3 ESCALA DE LIKERT

A Escala de Likert foi incluída neste capítulo, pois representa a técnica de coleta de dados, entre os especialistas participantes da Técnica Delphi, para validação do *checklist* de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios.

A metodologia de Likert é uma das mais usadas nos processos de investigação e preconiza escalas que permitem que pessoas com diferentes opiniões e pontos de vista respondam de forma diferenciada (LIKERT, 1932). Estudos que utilizam a metodologia ou escala de Likert empregam instrumentos com um número ímpar de classe de medida (cinco pontos). O resultado é obtido pela soma dos valores dos itens (score), os quais podem ser tratados estatisticamente como variáveis de tipo intervalar. O formato de medida para ser denominado como escala Likert, tem que ser composto por número ímpar e o ponto central é um ponto neutro, cujos extremos devem ser opostos e simétricos (CURADO; TELES; MARÔCO, 2014).

Conforme Marôco (2009) a construção de instrumentos, que utilizam a escala Likert, deve seguir alguns fundamentos no que se refere à qualidade e à quantidade dos itens. Em relação ao formato de medida, a preocupação deve estar direcionada ao número de classes por item, podendo a opção ser entre duas variáveis (0=Não e 1= Sim), três (1=Insatisfeito, 2=Nem satisfeito nem insatisfeito), cinco (1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3= Indeciso, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente) ou sete (1=Nunca, 2=Quase nunca, 3=Algumas vezes, 4=Regularmente, 5=Bastante vezes, 6=Quase Sempre, 7=Sempre).

Para esta pesquisa optou-se por cinco número de classes para cada variável pesquisada: 1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3= Indeciso, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente.

### 3.4 TÉCNICA DELPHI

Nesta pesquisa objetivou-se validar um *checklist* para cirurgia segura no período pré e pós operatório. Deste modo, havia necessidade de obter opiniões de especialistas para o consenso em relação a forma e o conteúdo de tal instrumento. A opção foi por Técnica Delphi, cuja metodologia sistematizada e segundo Castro e Rezende (2009) possibilita o julgamento de informações, para obter consenso sobre determinado tema. Ocorre, por meio de validações articuladas em fases e ciclos, com *feedback* controlado das opiniões.

Está embasada no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de grupo de especialistas, partindo do pressuposto de que o julgamento coletivo é melhor que a opinião de apenas um indivíduo, ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos. Assim, a consolidação do julgamento por grupo de peritos é o resultado do processo de evolução em direção ao consenso (CASTRO; REZENDE, 2009).

O número de especialistas tem sido arbitrária e, frequentemente, depende mais de quantas pessoas são acessíveis ao autor do instrumento que ao princípio de estimar estatisticamente uma população. Portanto, o número depende mais de quantas pessoas podem ser identificadas, acessadas e que concordarem em participar. O mínimo de cinco especialistas permite grau suficiente de controle para oportunidades de consenso (LYNN, 1986).

Conforme Perroca (2011), os questionários elaborados para aplicação da Técnica Delphi são utilizados para coleta de dados e as respostas para cada questão são consideradas para a reformulação do instrumento na rodada subsequente, até atingir o objetivo esperado. O consenso deve ter o valor determinado previamente pelo pesquisador, na literatura são encontrados níveis variados de consenso entre 50 e 80%

Como referido, a Técnica Delphi permite o desenvolvimento de um processo estruturado, com a submissão de questionários em rodadas, para obtenção de opinião coletiva, qualificada e consensual por pessoas selecionadas (experts), conhecedoras potenciais de assuntos específicos (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006; ESHER et al, 2012).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, desenvolvida segundo as fases do Ciclo PDCA para validação de *checklist* de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatório. A pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, objetivando a elaboração de instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores (POLIT e HUNGLER, 2004). A pesquisa metodológica consiste em processo dinâmico realizado a partir do julgamento de peritos para sua adequação, sendo desenvolvido com rigor metodológico, em passos previamente definidos (MATA *et al.*, 2011; DAL SASSO e SOUZA, 2011).

A abordagem quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Este tipo de abordagem inicia-se com ideias preconcebidas do modo pelo qual os conceitos estão relacionados e utiliza instrumentos formais para coleta de dados (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). É caracterizada pelo emprego da quantificação nas modalidades de coleta de dados e no seu tratamento, por meio de técnicas estatísticas, focalizando na dimensão mensurável dos fenômenos e buscando traduzi-los em números, opiniões e informações (RICHARDSON, 2011).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Para atingir o primeiro objetivo específico desta pesquisa, em avaliar o conteúdo e a aplicabilidade do *checklist* para segurança do paciente cirúrgico, as ações foram desenvolvidas no HC-UFPR, situado na cidade de Curitiba-PR. Trata-

se de instituição pública federal, de nível terciário de atendimento, com 635 leitos cadastrados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, em diversas especialidades. O hospital é caracterizado como de grande porte. No ano de 2013 realizou, em média, 800 cirurgias ao mês.

O contexto desta pesquisa inclui a Unidade Gerencial Cirúrgica (UCIR) do referido hospital, criada em junho de 2012 para implantação do modelo de gestão participativa, composta por unidades gerenciais cirúrgicas. A UCIR tem finalidades: pactuar e firmar contrato de gestão com a Diretoria do HC-UFPR; elaborar planos de ação, para melhoria contínua do cuidado de saúde, prestado ao paciente cirúrgico; acompanhar metas e indicadores que monitoram o desempenho dos serviços, envolvidos nos aspectos de assistência, de ensino e pesquisa e de extensão. O processo de tomada de decisão é realizado de forma coletiva, em reuniões do colegiado interno, composto por integrantes da equipe multiprofissional de saúde das unidades gerenciais, gerente, supervisores médico, enfermeiro e administrativo e Grupo Interno de Qualidade, o qual atua no gerenciamento de riscos provenientes da assistência à saúde.

As instalações utilizadas foram as 8 unidades especializadas de internação pertencentes à UCIR, composta pelos seguintes serviços: Ortopedia e Traumatologia; Cirurgia Geral; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Urologia; Cirurgia Plástica; Transplante Hepático; Cirurgia Pediátrica e Neurocirurgia.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram divididos em três grupos, pois para atingir os objetivos, pelo Ciclo PDCA, houve necessidade de diferentes profissionais para cada fase de execução do plano de ação.

**Grupo 1** - Colegiado Gestor da UCIR, composto por 18 membros da equipe multiprofissional: 12 enfermeiros (assistenciais e gerenciais), três médicos, um supervisor administrativo, um supervisor de enfermagem e um gerente. Este foi critério de inclusão para este grupo; já o critério de exclusão foi não participar da

primeira reunião deste colegiado quando se iniciaria o desenvolvimento da pesquisa.

**Grupo 2** – 16 enfermeiros da UCIR, incluindo a gerente e supervisora de enfermagem, convidados individualmente para participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: atuar há mais de quatro semanas na unidade cirúrgica de internação; e trabalhar, pelo menos, 20 horas semanais e ter disponibilidade para participar das reuniões e oficinas propostas nesta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: faltar a duas atividades planejadas, estar afastada do trabalho por férias ou atestado médico e manifestar desejo de não participar da pesquisa.

**Grupo 3** – 16 especialistas com expertise na área cirúrgica e de segurança do paciente, nominado de Comitê de Especialistas. Composto por: dois professores da disciplina de assistência de enfermagem cirúrgica; enfermeiros especialistas em enfermagem cirúrgica; enfermeiros com expertise em segurança do paciente e médicos cirurgiões. A busca pelos profissionais ocorreu por meio de currículo na Plataforma Lattes do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Para a busca utilizou-se as seguintes palavras chaves: Segurança do Paciente, Assistência Cirúrgica e Cirurgia. Os critérios de inclusão foram: profissionais com domínio teórico e prática nas áreas de interesse, publicar com frequência sobre o tema e em época recente. Os critérios de exclusão foram não manifestar interesse em participar da pesquisa e não responder correspondência *on line* com a pesquisadora.

#### 4.4 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO CICLO PDCA

Para todas as etapas do Ciclo PDCA os norteadores foram os princípios do PCSSV da OMS: simplicidade, aplicabilidade e possibilidade de mensuração de instrumento do tipo *checklist* à cirurgia segura; os objetivos 1 a 6 e 10 do PCSSV, apresentados no quadro 2 do capítulo 2.3.2 e as evidências científicas descritas na literatura sobre ações de prevenção de agravos em cirurgias e a prática assistencial de enfermagem cirúrgica.

Visando a aplicabilidade de um *checklist* à segurança do paciente cirúrgico, tornou-se relevante o envolvimento de todos os participantes dos grupos 1,2 e 3, para que as ações tivessem caráter de construção conjunta para atingir esta meta.

A seguir está a descrição de cada etapa do Ciclo PDCA:

### **P (Plan) – Fase de Planejamento**

Esta fase foi destinada ao Grupo 1: Colegiado Gestor da UCIR. Foram planejadas três reuniões no auditório da Clínica Cirúrgica do HC da UFPR. A primeira reunião destinada à sensibilização sobre segurança cirúrgica e apresentação do projeto desta pesquisa. As outras reuniões para elaboração de um Plano de Ação para aplicação e avaliação do checklist de segurança cirúrgica, para os períodos pré e pós-operatórios, a ser utilizado como POP na UCIR. Para operacionalização desta fase optou-se pela ferramenta 5W2H em uso no HC da UFPR.

### **D (Do) e C (Check) – Fase de Desenvolvimento e Checagem**

Para esta fase foi planejado:

a) realizar reunião com as enfermeiras da UCIR para discutir as responsabilidades profissionais sobre cirurgia segura e apresentar o Plano de Ação aprovado pelo Colegiado Gestor da UCIR, no qual várias enfermeiras faziam parte;

b) definir o grupo de enfermeiros para o desenvolvimento do Plano de Ação, a partir de critérios de inclusão e exclusão;

c) identificar e listar itens preliminares, para um checklist de segurança no pré e pós-operatório, elaborando então a versão preliminar do instrumento, a qual será revista pela pesquisadora, culminando na versão 1;

d) realizar duas oficinas com as enfermeiras para aperfeiçoar a versão 1 do *checklist*, resultando na versão 2

e) submeter a versão 2 do checklist a teste piloto, com acompanhamento da pesquisadora, por meio de visitas diárias às 8 especialidades selecionadas, de comum acordo com as enfermeiras executoras do Plano de Ação. O período do teste entre 07 de março a 07 de maio de 2014. À pesquisadora coube esclarecimentos de dúvidas e estímulo para o preenchimento do instrumento e registro de sugestões em diário de campo. No período do teste piloto, optou-se por

não definir uma amostra, definindo então que a enfermeira preenchesse o maior número possível de *checklist* na sua unidade, dentre as de cirurgias eletivas propostas no Plano de Ação. Para o Diário de Campo foi elaborado um roteiro de registros contendo: dados de identificação; atividades, situações vivenciadas e reconstrução do diálogo (palavras, gestos, expressões faciais); dúvidas; imprevistos e desafios; pontos de clarificação (explicações de situações confusas); informações trazidas da prática profissional ou solicitadas pelas participantes; análise do que foi observado pela pesquisadora durante a oficina, de modo a articular o referencial teórico com o contexto da realidade social e os resultados da participação na oficina (sugestões para modificação, retirada ou inclusão de itens no instrumento).

f) Analisar os *checklist* preenchidos durante o teste piloto, com auxílio do programa *Software Microsoft Office Excel 2013®*, a partir da inserção dos dados em planilha desenvolvida para a pesquisa, e no mesmo formato da versão 02 do *checklist*;

g) Submeter os resultados à estatística descritiva, para mensuração e interpretação do número de *checklists* preenchidos, número de cirurgias eletivas no período, especialidade cirúrgica, qualidade de preenchimento em cada fase e indicadores de segurança verificados;

h) Definir, após a análise de resultados da Versão 2 do instrumento a Versão 3, com a participação das enfermeiras.

### **A (Act) – Fase de Validação**

- a) Validação da versão 3 por Comitê de Especialistas, utilizando-se a Técnica Delphi, por meio de painel on-line para obtenção de consenso;
- b) Elaborar um Formulário para Especialistas contendo itens de avaliação sobre forma e conteúdo do *checklist* na versão 3;
- c) Incluir na planilha do Formulário de Especialista a escala de Likert para julgamento de conteúdo e aplicabilidade, com variação de cinco pontos: (-2) “Discordo Totalmente”, (-1) “Discordo”, (0) “Indiferente”, (+1) “Concordo” e (+2) “Concordo Totalmente”. Foi estabelecida a concordância mínima de 70% como resultado do ranking médio no julgamento. O ranking médio (RM) foi calculado por meio da soma das frequências das respostas, multiplicada pelo escore

atribuído para cada resposta Likert (fator de ponderação) e divididos pela soma das frequências de cada resposta, utilizando-se a média ponderada das frequências, por meio da aplicação da fórmula:

$$RM = \frac{\sum f \cdot p}{\sum f}$$

f = frequência de cada resposta

p = fator de ponderação (-2; -1; 0; 1, ou 2)

A confiabilidade dos resultados foi avaliada por meio do teste  $\alpha$  de Cronbach, que mede a correlação entre as respostas, quando as opções são escalonadas (Discordo Totalmente, Discordo, Indiferente, Concordo e Concordo Totalmente), estabelecendo a seguinte atribuição de confiabilidade: > 0,90 - excelente; 0,81 a 0,90 - bom; 0,71 a 0,80 - aceitável; 0,61 a 0,70 - questionável; 0,51 a 0,60 - pobre e de 0,41 a 0,50 – inaceitável. A fórmula utilizada para medir a confiabilidade das respostas foi:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \cdot \left( 1 - \frac{\sum S^2}{S^2_{soma}} \right)$$

K = número de questões;

S<sup>2</sup> = variância de cada questão;

S<sup>2</sup><sub>soma</sub> = variância da soma das questões.

- d) Elaborar carta convite aos especialistas e depois de aceite em participar da pesquisa, enviar por correio eletrônico o TCLE, o *checklist* (versão 3) e o Formulário para Especialistas, estabelecendo-se o prazo de 14 dias para retorno e, em caso da não resposta o participante seria substituído.
- e) Realizar avaliações qualitativas provenientes dos comentários dos avaliadores. Não foram estabelecidos, antecipadamente, o número de rodadas de avaliação, mas sim, a obtenção da concordância pretendida, por meio de

ajustes baseados nas avaliações dos especialistas, até obter a versão final do *checklist*.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes foram informados dos objetivos e metodologia da pesquisa, observando o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa. Os participantes convidados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Para evitar a identificação dos participantes do grupo 3 utilizou-se a letra E seguido dos números 1 a 8 correspondente ao entrevistado. A pesquisa foi aprovada sob protocolo CAAE 21710313.1.3001.0096 (ANEXO 1).

## 5 RESULTADOS

Os resultados, de acordo com a pesquisa metodológica, são apresentados conforme o desenvolvimento e aplicação do Ciclo PDCA e suas respectivas fases. Após a etapa do Planejamento (P), seguiram-se as fases de Desenvolvimento (D) e Checagem dos resultados (C) e, por último apresentamos a fase de Avaliação (A), com resultados da validação do instrumento *Checklist* de Segurança Cirúrgica Pré e Pós Operatório.

O quadro 4 representa o panorama dos objetivos de cada fase do Ciclo PDCA, as atividades realizadas e os respectivos produtos

<b>ETAPAS DO CICLO PDCA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES REALIZADAS</b>	<b>PRODUTO</b>
<b>FASE DE PLANEJAMENTO (P)</b>	Rever a literatura, elaborar e aprovar o plano de ação.	Realização de três reuniões planejadas com o colegiado gestor (grupo 01) durante os meses de março, abril e maio de 2013.	Plano de Ação para elaborar e implantar o <i>checklist</i> proposto.
<b>FASE DO DESENVOLVIMENTO (D) E CHECAGEM (C)</b>	<p>Executar as ações planejadas;</p> <p>Elaborar <i>checklist</i> para segurança cirúrgica</p> <p>Realizar teste para implementar os processos propostos no plano de ação.</p>	<p>Reunião com as enfermeiras da UCIR (grupo 2) em maio de 2013.</p> <p>Elaboração do checklist entre junho de 2013 a fevereiro de 2014.</p> <p>Realização da Primeira Oficina com as enfermeiras participantes da pesquisa em março de 2014.</p> <p>Submissão da Versão 2 do <i>checklist</i> na prática assistencial pelas enfermeiras participantes.</p> <p>Realização da Segunda Oficina com 13 enfermeiras participantes da pesquisa (junho/2014)</p>	<p>Desenho preliminar da Versão 1 do Checklist</p> <p>Versão 1 do <i>Checklist</i></p> <p>Versão 2 do <i>Checklist</i></p> <p>Teste Piloto e Coleta de Dados entre 07 de março até 07 de maio de 2014</p> <p>Versão 3 <i>Checklist</i></p>
<b>FASE DE AVALIAÇÃO</b>	Validar a forma e conteúdo do checklist	Validação da versão 3 por Comitê de Especialistas (grupo 3) utilizando a Técnica Delphi e Escala Likert nos meses de junho, julho e agosto de 2014	Versão 4 <i>Checklist</i>

QUADRO 4 – PANORAMA DAS ATIVIDADES REALIZADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS CONFORME O CICLO PDCA. FONTE: a autora (Curitiba, 2014).

## 5.1 FASE DE PLANEJAMENTO (P) DO CICLO PDCA

Foram realizadas as três reuniões planejadas. Foi elaborado e aprovado o Plano de Ação do *checklist* de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós Operatório para UCIR. Estas ações ocorreram entre março e maio de 2013 com os 18 profissionais que compunham o Comitê Gestor da UCIR e foram realizadas antes da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, pois fazia parte de um plano da instituição proposto pela gerência da UCIR.

Na primeira reunião, em março de 2013, a gerente da UCIR pediu para que a pesquisadora preparasse slides com objetivo de informar aos membros do Colegiado Gestor sobre o PCSSV da OMS, além de compartilhar a proposta da pesquisa do mestrado para validação de *checklist* de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios. A pesquisadora explicou o passo a passo da metodologia seguindo a sequência proposta pelo Ciclo PDCA e enfatizou a finalidade do *checklist* como guia no atendimento e acompanhamento do paciente cirúrgico.

Na segunda e terceira reuniões com o Colegiado Gestor, a pesquisadora utilizou a ferramenta 5W2H para elaborar o Plano de Ação (Fase 1 do Ciclo PDCA) com a seguinte composição:

- a) Meta: implantar o checklist de segurança cirúrgica nos períodos pré e pós operatórios, baseado no PCSSV da OMS, em 100% dos pacientes internados com indicação de cirurgia eletiva. Este instrumento será futuramente um Procedimento Operacional Padrão (POP) em conjunto com a Assessoria da Gestão da Qualidade (AGQ) e Direção de Enfermagem do HC da UFPR.
- b) Ações: aprovar o Plano de Ação de acordo com os passos do Ciclo PDCA; apresentá-los às enfermeiras da UCIR; promover reuniões e oficinas para elaboração do *checklist*;
- c) Avaliação: realizar teste piloto com o instrumento, prepará-lo para avaliação e utilização na UCIR.

O detalhamento da segunda reunião do Comitê Gestor que foi para elaborar o *checklist* e a terceira para implantá-lo estão no Apêndice 2.

## 5.2 FASE DE DESENVOLVIMENTO (D) E CHECAGEM (C) DO CICLO PDCA

Estão descritos neste capítulo as fases Desenvolvimento (D) e Checagem (C) do Ciclo PDCA, que correspondem a elaboração e avaliação do *checklist* de segurança cirúrgica, para os períodos pré e pós operatórios.

### 5.2.1 Elaboração do *checklist*

Em maio de 2013, após a aprovação do Plano de Ação para avaliação do *checklist* pelo Comitê Gestor da UCIR realizou-se reunião com 12 enfermeiras, dentre as 16 enfermeiras da UCIR, sendo que a gerente e a supervisora não participaram e dois declinaram da participação desta reunião.

Nesta reunião a pesquisadora inicialmente enfatizou a importância da enfermagem na segurança do paciente cirúrgico; solicitou uma listagem dos principais cuidados prestados aos pacientes em pré e pós operatórios.

Tais atividades e informações recebidas resultaram no Desenho Preliminar da Versão 1 do *checklist* elaborado pela pesquisadora (Apêndice 3), contendo cinco categorias de respostas, sendo:

- a) Categoria I (Identificação do paciente): com 9 dados pessoais do paciente e de registros disponíveis em prontuário
- b) Categoria II (Antes do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico): com 14 indicadores de segurança antes do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico

- c) Categoria III (Retorno do paciente do centro cirúrgico para unidade de internação - pós-operatório imediato): com 14 indicadores de segurança no retorno do paciente do centro cirúrgico para unidade de internação
- d) Categoria IV (Pós-operatório mediato - 24 após a cirurgia até a alta hospitalar): com 26 indicadores de segurança
- e) Categoria V (Alta hospitalar / transferência): com 4 indicadores de segurança.

A conclusão das enfermeiras participantes foi de que este instrumento iria suprir uma lacuna na instituição, pois já está disponível um *checklist* no Centro Cirúrgico (CC), mas faltava um instrumento para o pré e pós operatório. Ainda ao final da reunião as enfermeiras relataram que a elaboração deste instrumento consiste em estratégia para o alcance da melhoria contínua da assistência prestada ao paciente cirúrgico e também para a melhoria da eficácia do PCSSV implementado no Centro Cirúrgico do hospital, o qual já utiliza *checklist* adaptado de segurança cirúrgica proposto pela OMS. Verificou-se que o instrumento proposto nesta pesquisa pode proporcionar a interligação das ações desenvolvidas nas clínicas cirúrgicas de internação com as ações realizadas no Centro Cirúrgico em prol da segurança do paciente.

Tendo em mãos a versão preliminar do *checklist* foi necessário proceder ajustes e complementação no projeto de pesquisa para a qualificação deste curso de pós graduação, assim como sua submissão ao Comitê de Ética. Todo este processo ocorreu entre junho de 2013 a fevereiro de 2014, concomitante com a apresentação do projeto e o planejamento do cronograma de pesquisa em reunião do Colegiado da Direção de Enfermagem do HC da UFPR.

### 5.2.2 Primeira oficina realizada com as enfermeiras participantes

Em março de 2014, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, foi realizada a primeira oficina com a participação de 10 enfermeiras, sendo 8 enfermeiros das clínicas cirúrgicas, a supervisora de enfermagem e a gerente da

UCIR. Nesta oficina foram apresentadas as justificativas para desenvolvimento do projeto, seus objetivos e a metodologia proposta por meio do desenvolvimento do Ciclo PDCA. Foi enfatizado que esta metodologia já era utilizada na gestão da qualidade da instituição para melhoria contínua de processos e serviços.

Na sequência foram descritos os aspectos éticos relacionados à pesquisa como as autorizações concedidas pela Direção Geral do Hospital, pela Direção de Enfermagem, pela Gerência da UCIR e pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR. As enfermeiras assinaram o TCLE.

Foi acordado que a coleta de dados seria realizada durante o teste piloto, pelo período de dois meses, de 07 de março até 07 de maio de 2014. Na sequência foram descritos os aspectos éticos relacionados à pesquisa como as autorizações concedidas pela Direção Geral do Hospital, pela Direção de Enfermagem, pela Gerência da UCIR e pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, conforme a Resolução 466/2012 do CNS que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos.

Em seguida, foram distribuídas cópias da Versão 1 (Apêndice 4) do instrumento elaborado pela pesquisadora, a partir da Versão Preliminar do instrumento, originário da reunião com as enfermeiras em maio de 2013 para que fizessem a leitura individual e posterior discussão em grupo.

Mediante discussão e novas sugestões das enfermeiras, foi realizada a reformulação do instrumento e com a inclusão de novos itens originando a Versão 2 do instrumento (Apêndice 5). As ações estão descritas de forma mais detalhada no Diário de Campo da Primeira Oficina (Apêndice 6).

Como resultados da participação nesta oficina, verificou-se que durante este primeiro contato com o *checklist* de segurança cirúrgica pré e pós-operatório foram dadas sugestões relacionadas ao modo de escrita e ordem de prioridade dos itens referentes ao período pós-operatório imediato (categoria III), sendo que o item 1 – SSVV ficou como item 2; item 2 – Nível de consciência ficou como item 1; item 3 – Paciente refere ou demonstra dor aguda ficou como item 12 e item 12 – Ausência de Náusea e Vômito ficou como item 3 e foi retirada a palavra ausência. No item 4 - Anestesia realizada foi incluída as palavras: Tipo de (antes de anestesia realizada). Inclusão de data e horário de retorno do paciente do Centro Cirúrgico para a unidade de internação. Foi sugerido também a retirada das cores no modelo

original (versão 01), que diferenciavam as fases propostas de avaliação em cada categoria, pelo entendimento e consenso de não prejudicar a visualização do texto, quando fossem replicadas pela máquina de xerox em preto e branco.

O Diário de Campo desta primeira oficina estão registrados no Apêndice 6, conforme modelo de roteiro previamente elaborado pela pesquisadora para os devidos registros.

### 5.2.3 Teste piloto e coleta de dados

O *checklist* em sua Versão 2 foi submetido à avaliação quanto a sua forma e conteúdo, para compreensão dos indicadores de segurança de cada uma das cinco categorias que compunham o instrumento, qualidade de preenchimento em suas respectivas categorias e possibilidade de aplicação na prática profissional nas diferentes especialidades. O teste piloto foi realizado nas unidades cirúrgicas no período de 07 de março até 07 de maio de 2014. Obteve-se 450 *checklists* preenchidos pelas enfermeiras participantes do estudo e os resultados estão apresentados em tabelas e gráfico, a seguir:

TABELA 1 – CHECKLISTS PREENCHIDOS POR ESPECIALIDADE CIRÚRGICA.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	CHECKLIST PREENCHIDOS	
	n	%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	135	30
CLÍNICA CIRÚRGICA (CAD E GERAL)	118	26,22
UROLOGIA	88	19,55
CIRURGIA PLÁSTICA	55	12,22
ORTOPEDIA	43	9,56
NEUROCIRURGIA	11	2,45
<b>TOTAL</b>	<b>450</b>	<b>100</b>

FONTE: a autora (2014).

A Tabela 2 mostra a variação de idade dos pacientes submetidos à cirurgia eletiva. Os resultados demonstraram que 163 (36,66%) pacientes tinham entre 0 até 30 anos, 165 (36,22%) entre 31 até 60 anos (36,22%) e 74 (16,44%) com 61 anos ou mais. Em relação à qualidade do preenchimento dos dados, observou-se que em 48 (10,66%) *checklists* não foram colocados o fator idade. A falha na identificação deste indicador de segurança representou 11% (48 pacientes) do total da amostra (n=450).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR IDADE E ESPECIALIDADE CIRÚRGICA.

<b>Especialidade Cirúrgica</b>	<b>0 a 30 anos</b>	<b>31 a 60 anos</b>	<b>61 anos ou mais</b>	<b>Total</b>
CLÍNICA CIRÚRGICA (CAD E GERAL)	16	62	31	109
CIRURGIA PEDIÁTRICA	110	0	0	110
CIRURGIA PLÁSTICA	19	24	5	48
NEUROCIRURGIA	3	6	0	9
ORTOPEDIA	7	27	9	43
UROLOGIA	9	45	29	83
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>165</b>	<b>74</b>	<b>402</b>
	<b>40,55%</b>	<b>41,04%</b>	<b>18,41%</b>	<b>100%</b>

FONTE: a autora (2014).

O Gráfico 1 mostra a porcentagem em relação ao sexo, em cada clínica cirúrgica onde o checklist foi aplicado. Em relação ao sexo masculino foram: 37,1% na Clínica Cirúrgica; 65,9% na Cirurgia Pediátrica; 29,6% na Cirurgia Plástica; 44,4% na Neurocirurgia; 58,1% na Ortopedia e 55,7% na Urologia. Quanto ao sexo feminino, constatou-se: 62,9% na Clínica Cirúrgica; 34,1% na Cirurgia Pediátrica; 70,4% na Cirurgia Plástica; 55,6% na Neurocirurgia; 41,9% na Ortopedia e 44,3% na Urologia.

Deste modo, a amostra total de pacientes submetidos às cirurgias eletivas, no período do teste piloto foi de 227 (50,44%) masculinos e 223 (49,56%) femininos.

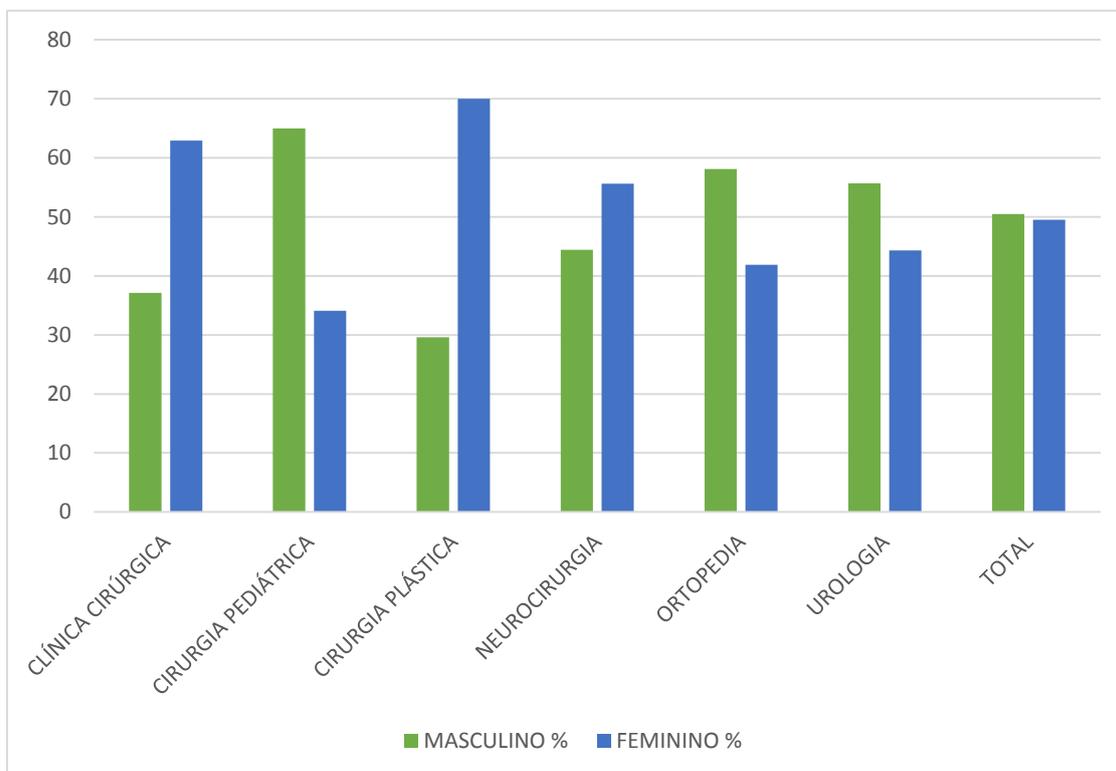


GRÁFICO 1 – SEXO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA EM CADA ESPECIALIDADE CIRÚRGICA. CURITIBA, 2014. FONTE: a autora (2014).

A Tabela 3 mostra o quantitativo do preenchimento dos 450 instrumentos (n=450), de acordo com as categorias e especialidades cirúrgicas. O instrumento na sua versão 2 foi estruturado em categorias para facilitar o preenchimento.

Na Tabela 3 observa-se que os dados rotineiros, das unidades relacionadas na Identificação e na Categoria I obtiveram maiores percentuais de preenchimento, bem como os indicadores da Categoria II. Supõe-se que tais fatos ocorreram porque nas unidades de internação alguns dados destas categorias são registros comuns nos prontuários dos pacientes, além de que no Centro Cirúrgico há checklist também com estas características. Os índices estatísticos entre 93,02% e 100%, mostra os esforços dos profissionais em atender as diretrizes do PCSSV da OMS e demais legislações nacionais vigentes na instituição.

Os menores índices de preenchimento do instrumento para as categorias III, IV e V foram para Unidade de Neurocirurgia. Considerando que o preenchimento nestas categorias era de responsabilidade das enfermeiras, podemos supor que houve talvez excesso de trabalho, menor disponibilidade de participar da avaliação do checklist e outras possibilidades. Talvez este mesmo cenário, em menor dimensão, possa ser atribuídos ao índice menor de preenchimento do instrumento nas outras unidades pesquisadas.

TABELA 3 – QUANTITATIVO DE CHECKLISTS PREENCHIDOS POR CATEGORIAS E CLÍNICAS PARTICIPANTES DA PESQUISA. CURITIBA, 2014.

<b>Especialidade Cirúrgica</b> <b>(n)</b>	<b>(Categoria I)</b> <b>n(%)</b>	<b>(Categoria II)</b> <b>n(%)</b>	<b>(Categoria III)</b> <b>n(%)</b>	<b>(Categoria IV)</b> <b>n(%)</b>	<b>(Categoria V)</b> <b>n(%)</b>
<b>CLÍNICA CIRÚRGICA (CAD E GERAL)</b> <b>(n=118)</b>	115( 97,46)	115(97,46)	100(84,75)	59(50)	89(75,42)
<b>CIRURGIA PEDIÁTRICA</b> <b>(n=135)</b>	134(99,26)	134(99,26)	88(65,19)	14(10,37)	116(85,93)
<b>CIRURGIA PLÁSTICA</b> <b>(n=55)</b>	55(100)	55(100)	50(90,91)	6(10,91)	42(76,36)
<b>NEUROCIRURGIA</b> <b>(n=11)</b>	11(100)	11(100)	6(54,55)	1(9,09)	3(27,27%)
<b>ORTOPEDIA</b> <b>(n=43)</b>	40(93,02)	40(93,02)	28(65,12)	28(65,12)	28(65,12)
<b>UROLOGIA</b> <b>(n=88)</b>	85(97,73)	85(96,59)	83(94,32)	88(100)	48(54,55%)

FONTE: a autora (2014).

A Tabela 4 mostra a relação entre o número de internações e o período de tempo em que estes pacientes permaneceram internados. Verificou-se que em 226 internações o paciente recebeu alta em até 24 horas de pós operatório e 224 pacientes após 24 horas de pós-operatório. Na Cirurgia Pediátrica e Clínica Cirúrgica observou-se que a maioria dos pacientes permanecem internados apenas durante o período de Pós Operatório Imediato (POI) que corresponde até 24 horas após a cirurgia. Ao contrário das clínicas de Urologia, Plástica, Ortopedia e Neurologia, nas quais, devido ao tipo de cirurgias, o tempo de internação foi superior.

TABELA 4 – COMPARAÇÃO ENTRE O TEMPO DE INTERNAÇÃO ATÉ E ACIMA DE 24 HORAS. CURITIBA, 2014.

<b>UNIDADE DE INTERNAÇÃO</b>	<b>Internação até 24 horas de pós operatório</b>	<b>Internação acima de 24 horas de pós operatório</b>
<b>CIRURGIA PEDIÁTRICA</b>	108 (24%)	27 (6%)
<b>CLÍNICA CIRÚRGICA</b>	102 (22,66%)	16 (3,56)
<b>UROLOGIA</b>	02 (0,44%)	86 (19,12)
<b>CIRURGIA PLÁSTICA</b>	08 (1,78%)	47 (10,44%)
<b>ORTOPEDIA</b>	06 (1,34%)	37 (8,22%)
<b>NEUROCIRURGIA</b>	0 (0%)	11 (2,44%)
<b>TOTAL</b>	<b>226 (50,22%)</b>	<b>224 (49,78%)</b>

FONTE: a autora (2014).

TABELA 5 - INDICADORES DE SEGURANÇA DA CATEGORIA II: FASE PRÉ-OPERATÓRIA. CURITIBA, 2014.

Indicadores de segurança Assinalados	Itens assinalados		Respostas		
	n= 450	%	SIM n(%)	NÃO n(%)	NSA n(%)
Termo de consentimento para cirurgia	403	89,56	377(93,55)	26(6,45)	
Termo de consentimento para anestesia	406	90,22	375(92,36)	26(6,40)	5(1,23)
Avaliação e liberação anestésica	405	90	372(91,85)	23(5,68)	10(2,47)
Ficha de visita de enfermagem	434	96,44	433(99,77)	1(0,23)	
Exames de imagem	400	88,89	77(19,25)	241(60,25)	82(20,50)
Prontuário	425	94,44	419(98,59)	6(1,41)	
Preparo pré-operatório de rotina	426	94,67	418(98,12)	8(1,88)	
Pulseira de identificação	429	95,33	411(95,80)	18(4,20)	
Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses	415	92,22	393(94,70)	22(5,30)	
Sítio cirúrgico marcado	378	84	46(12,17)	233(61,64)	99(26,19)
Jejum mínimo de 8 horas	422	93,78	417(98,82)	5(1,18)	
Informa alergia	390	86,67	96(24,62)	294(75,38)	
Observações	129	28,67	48(37,21)	81(62,79)	

FONTE: a autora (2014)

Na Tabela 5 está a relação de indicador de segurança relacionados à categoria I do *checklist*, que correspondem à fase pré-operatória. Os indicadores preenchidos pelas enfermeiras com porcentagem acima de 90%, em relação ao total da amostra, foram: Termo de consentimento para anestesia (90,22%), Avaliação e liberação anestésica (90%), Ficha de visita de enfermagem (96,44%), Prontuário (94,44%), Preparo pré-operatório de rotina (94,67%), Pulseira de identificação (95,33%), Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses (92,22%), Jejum mínimo de 8 horas (93,78%).

Os indicadores que apresentaram índices de avaliação do paciente abaixo de 90% na amostra foram: Termo de consentimento para cirurgia (89,56%), Exames de imagem (88,89%), Sítio Cirúrgico marcado (84 %), Informa alergias (86,67%). Cabe ressaltar que o item destinado a observações, com o percentual de 28,67%, era preenchido apenas quando havia informações relevantes, que não estavam contemplados nos indicadores de segurança, em análise.

Os resultados mostraram que o menor índice de checagem foi de 84% e o maior índice foi 96,44%. A exceção esteve no item "Observações" que apresentou percentual de checagem igual 28,67%; tal índice deve-se ao fato que este indicador foi colocado para ser preenchido em situações específicas, ou seja, apenas quando as informações relevantes à saúde do paciente não estavam contempladas nos indicadores de segurança desta categoria.

Nesta Tabela 5, convém destacar que exames de imagem (60,25%), sítio cirúrgico marcado (61,64%) e informa alergia foram os indicadores menos avaliados pelas enfermeiras.

TABELA 6 - INDICADORES DE SEGURANÇA DA CATEGORIA III: FASE PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATA. CURITIBA, 2014.

Indicadores de segurança Assinalados	Itens assinalados		Respostas	
	n= 450	%	SIM n(%)	NÃO n(%)
Nível de consciência	332	73,77	332(100,00)	0(0,00)
SSVV estáveis	334	74,22	328(98,20)	6(1,80)
Náusea / vômito	351	78	79(22,51)	272(77,49)
Tipo de anestesia solicitada	446	99,11	446(100,00)	0(0,00)
Condições da pele e perfusão tecidual de extremidades	326	72,44	319(97,85)	7(2,15)
Sistemas de drenagem	345	76,66	116(33,62)	229(66,38)
Curativo cirúrgico	335	74,44	271(80,90)	64(19,10)
Mobilidade dos membros	332	73,77	300(90,36)	32(9,64)
Prescrição média pós-operatória	337	74,88	277(82,20)	60(17,80)
Ficha de enfermagem transoperatório e REPAI preenchidas	346	76,88	340(98,27)	6(1,73)
Acesso venoso permeável	355	78,88	339(95,49)	16(4,51)
Paciente refere ou demonstra dor aguda?	344	76,44	67(19,48)	277(80,52)
Recomendação especial	285	63,33	67(23,51)	218(76,49)

FONTE: a autora (2014)

Na Tabela 6, em relação ao período de Pós-operatório Imediato - 24 horas após a cirurgia, conforme o instrumento de avaliação em estudo, este período iniciava-se a partir do retorno do paciente do centro cirúrgico para unidade de internação, no qual foi possível verificar que o percentual de preenchimento foi considerado satisfatório nesta primeira etapa de teste piloto, onde percebeu-se maior adesão da Clínica Cirúrgica (85%), Cirurgia Plástica (90,91%) e Urologia (94,32%). A avaliação do paciente neste período crítico foi realizada exclusivamente pelo profissional enfermeiro.

Observa-se que houve itens não avaliados pelas enfermeiras os quais resultaram entre 22% a 38% dentre os 450 *checklists* que representaram a amostra do Teste Piloto. Os resultados da Tabela 6 ainda retratam que relata ou demonstra dor aguda (80,52%), Náusea e Vômito (77,49%) e Sistemas de drenagem (66,38%) foram os menos avaliados nos *checklists*.

TABELA 7 - INDICADORES DE SEGURANÇA DA CATEGORIA IV: FASE PÓS-OPERATÓRIA MEDIATA. CURITIBA, 2014.

Indicadores de segurança	Itens assinalados
<b>DOR</b>	<b>n = 224(%)</b>
<b>SIM</b>	24 (10,71)
<b>NÃO</b>	123 (54,91)
<b>Cateter Peridural</b>	04 (1,79)
<b>Bomba de PCA</b>	03 (1,34)
<b>Itens não assinalados</b>	70 (31,25)
Indicadores de segurança	Itens assinalados
<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>	<b>n = 224(%)</b>
<b>Taquipnéia</b>	6 (2,68)
<b>Bradipnéia</b>	5 (2,23)
<b>Hipóxia</b>	3 (1,34)
<b>Sem alterações</b>	145 (64,73)
<b>Itens não assinalados</b>	65 (29,02)
Indicadores de segurança	Itens assinalados
<b>SISTEMA DIGESTORIO E URINÁRIO</b>	<b>n = 224(%)</b>
<b>Náusea/Vômito</b>	20 (8,93)

Continua

Conclusão

<b>Indicadores de segurança</b>	<b>Itens assinalados</b>
<b>SISTEMA DIGESTORIO E URINÁRIO</b>	<b>n = 224(%)</b>
Diarreia	04 (1,79)
Constipação	19 (8,48)
Hematúria	7 (3,13)
Sem alterações	128 (57,14)
Dispositivos	10 (4,46)
Itens não assinalados	36 (16,07)
<b>Indicadores de segurança</b>	<b>Itens assinalados</b>
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	<b>n = 224(%)</b>
Bradycardia	4 (1,79)
Taquicardia	6 (2,68)
Hipotensão	13 (5,80)
Hipertensão	5 (2,23)
Hipotermia	3 (1,34)
Hipertermia	5 (2,23)
Sem alterações	135 (60,27)
Itens não assinalados	53 (23,66)
<b>Indicadores de segurança</b>	<b>Itens assinalados</b>
<b>SISTEMA TEGUMENTAR</b>	<b>n = 224(%)</b>
Lesões	3 (1,34)
Úlcera pressão	4 (1,79)
Sem alterações	137 (61,16)
Itens não assinalados	80 (35,71)
<b>Indicadores de segurança</b>	<b>Itens assinalados</b>
<b>SÍTIO CIRÚRGICO</b>	<b>n = 224(%)</b>
Sangramento	17 (7,59)
Deiscência	4 (1,79)
Sinais flooiísticos	3 (1,34)
Conclusão	28 (12,50)
Sem alterações	133 (59,38)
Itens não assinalados	39 (17,41)

FONTE: a autora (2014)

Na Tabela 7 está a amostra de 224 *checklists* em análise dos pacientes que permaneceram internados no Pós Operatório Mediato (POM), o que correspondeu a 49,78% da amostra total (n=450). Os dados apontaram a porcentagem de riscos e a ocorrência de sinais e sintomas de alerta para possíveis complicações: queixa de dor (10,71%), presença de cateter peridural (1,79%) e Bomba de PCA (1,34%), Taquipnéia (2,68%), Bradipnéia (2,23%), Hipóxia (1,34%), Náusea e vômito (8,93%), Diarréia (1,79%), Constipação (8,48), Hematúria (3,13%), presença de dispositivos (4,46%), Bradicardia (1,79%), Taquicardia (2,68%), Hipotensão (5,80%), Hipertensão (2,23%), Hipotermia (1,34%), Hipertermia (2,23%), Lesões na pele (1,34%), Úlcera por Pressão (1,79%) e em Sítio Cirúrgico, sangramento (7,59%), deiscência (1,79%), sinais flogísticos (1,34%) e drenagem (12,50%). Dentre os indicadores registrados destacam-se dor e drenagem.

Tal como na Tabela 6, também nesta (Tabela 7) o indicador relacionado ao registro de dor foi menos avaliado (54,51%), contudo os outros indicadores foram avaliados e em sua maioria os pacientes não apresentaram alterações.

TABELA 8 - INDICADORES DE SEGURANÇA CATEGORIA V: ALTA HOSPITALAR

Indicadores de segurança Assinalados	Itens assinalados		Respostas		
	n= 450	%	SIM n(%)	NÃO n(%)	NSA n(%)
<b>ALTA PARA DOMICÍLIO</b>	396	88,00	396(100,00)	0(0,00)	0(0,00)
<b>ALTA PARA OUTRO LOCAL</b>	11	2,44	11(100,00)	0(0,00)	0(0,00)
<b>TRANSFERÊNCIA (para outro setor)</b>	0	0,00	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)
<b>BOM ESTADO GERAL</b>	301	66,89	300(99,67)	1(0,33)	0(0,00)
<b>DISPOSITIVOS</b>	292	64,89	34(11,64)	258(88,36)	0(0,00)
<b>AVALIAÇÃO DE FERIDA CIRÚRGICA</b>	256	56,89	221(86,33)	34(13,28)	1(0,39)
<b>ORIENTAÇÃO PARA CUIDADOS NO ÂMBITO DOMICILIAR E RETORNO AMBULATORIAL</b>	271	60,22	258(95,20)	13(4,80)	0(0,00)

NSA<sup>1</sup>: Não se aplica aos pacientes avaliados.

Alta<sup>2</sup>: A soma da alta para domicílio ou para outro local não completam as 450 avaliações pois houve checklist não preenchidos nestes indicadores.

FONTE: a autora (2014)

Conforme análise dos indicadores avaliados no momento da Alta/Transferência Hospitalar (Categoria V), verificados na Tabela 8, os dados mensurados mostraram: Alta para Domicílio (88%) e Alta para outro local (2,44%). Dos 301 indicadores avaliados pelas enfermeiras, a porcentagem dos pacientes que apresentaram bom estado geral foi de 99,67%. Entre os 292 avaliados de pacientes que mantiveram dispositivos: bolsa de colostomia, bolsa para sondagem vesical de demora, drenos, entre outros foi de 11,64%; Foram avaliados 256 (86,33%) indicadores com relação à ferida cirúrgica e 271 (95,20%) indicadores em pacientes que receberam orientação para cuidados no âmbito domiciliar e retorno ambulatorial.

#### 5.2.4 Segunda oficina realizada com as enfermeiras participantes

Na segunda oficina realizada em junho de 2014 foram convidadas 14 enfermeiras e estiveram presentes 13 enfermeiras, sendo 11 das clínicas cirúrgicas da UCIR, uma supervisora de enfermagem, uma gerente e uma enfermeira não compareceu à oficina. Foram apresentados os resultados obtidos no teste piloto e explanação sobre eventos adversos cirúrgicos evitáveis. A discussão enfocou a proporção de *checklist* preenchidos, conforme o número de cirurgias eletivas realizadas no período do teste piloto, por especialidade cirúrgica e revisto o plano de ação elaborado na fase de Planejamento (P) do Ciclo PDCA. Foi realizada a reformulação da Versão 2 do *checklist*, registrado e apresentados no diário de campo (Apêndice 7). As alterações feitas na Versão 2, as quais originaram a Versão 3 (Apêndice 8) foram:

a) Categoria II (PRÉ-OPERATÓRIO) - indicador 3 (Avaliação e liberação anestésica) - foi incluída a opção NSA (não se aplica), porque existem casos de pacientes que não são submetidos a avaliação anestésica prévia, antes do internamento, porque necessitam realizar procedimentos que dependem apenas de anestesia local. Indicador 4 foram excluídas as palavras: pré-operatória.

Indicador 12 o título foi mudado para: Informa alergia. Indicador 11 (Jejum mínimo de oito horas) – foi incluído espaço para observação, porque existem cirurgias que necessitam de menos tempo de jejum, principalmente nos casos de paciente pediátricos. Neste espaço a enfermeira pode escrever o tempo de jejum prescrito pelo médico; Indicador 13 acrescentadas linhas. Excluído o número 14 da última linha da categoria. No local de assinatura do responsável pelo preenchimento do checklist houve mudança para: Identificação e COREN. Manteve-se data e hora.

b) Categoria III (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO) - Incluído no título da categoria espaço para data e horário que o paciente retornou do Centro Cirúrgico para a unidade de internação, após a cirurgia. Indicador 1 (Nível de consciência) – acrescentadas as opções: agitado e choroso. Nos indicadores 2 e 3 escreveu-se Obs: na última coluna. Indicador 3 retirada a palavra ausência antes de Náusea e Vômito. Indicador 6 (Sistemas de drenagem) – acrescentada uma linha ao lado da opção Dreno, para que seja descrito o tipo de dispositivo de drenagem inserido cirurgicamente. Acrescentado neste indicador mais uma opção: Ostomias. Indicador 9 – excluído as palavras: no prontuário. Indicador 12 (Paciente refere ou demonstra dor aguda) – acrescentada a opção para checagem da existência de cateter peridural para analgesia. Excluído o número 14 da última linha da categoria. No local de assinatura do responsável pelo preenchimento do checklist houve mudança para: Identificação e COREN. Manteve-se data e hora.

c) Categoria IV (PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO - 24 horas após a cirurgia até a alta hospitalar) - Retirado a opção SIM e Não antes das colunas de avaliação e retirado quatro colunas que representavam a avaliação semanal ou quinzenal, porque não havia necessidade de tantas colunas, como na versão 02. Incluída a opção para data da avaliação acima das respectivas colunas, assim como espaço para se o tempo de pós-operatório (PO). Incluído um indicador para DOR, pois a avaliação deste indicador deve ser contínua durante todo o internamento. Acrescida a opção Sem alterações no Sistema Respiratório. Substituído o termo Sistema Gastrointestinal por Sistema Digestivo e Urinário; acrescentadas opções: Hematúria, Sem Alterações e Dispositivos (com linha ao lado para escrever o tipo do mesmo). Substituído o termo Sistema Circulatório por Sistema Cardiovascular, acrescida a opção: sem alterações. Acrescentado Sistema Tegumentar (PELE) com as seguintes opções: Lesões com espaço para descrição, Úlcera de Pressão

e incluso a alternativa Sem alterações. Substituído o termo Ferida Cirúrgica por Sítio Cirúrgico. Substituído um espaço para Observações por Sem Alterações. Reduzido o espaço de Identificação e COREN. Para outras complicações foi construída uma categoria específica.

d) Categoria V (COMPLICAÇÕES) - Criado espaço para esta categoria, mediante a importância da vigilância e registro destes dados. Com acréscimo das seguintes opções para checagem e espaço para anotações e a data da respectiva intercorrência: Tromboembolismo Venoso (TEV); Tromboembolismo Pulmonar (TEP); Queda; Sangramento; Anemia/Transfusão sanguínea; Reação Adversa aos Medicamentos; Reação Adversa a Hemoderivados; Infecção de Sítio Cirúrgico; Infecção de Trato Respiratório; Infecção de Trato Urinário; Infecção Primária de Corrente Sanguínea; Fistula; Deiscência / Evisceração; Choque Séptico; Parada Cardiorespiratória (PCR); opção para Outras complicações e Óbito. Acrescentado espaço para Identificação e COREN da enfermeira avaliadora.

e) Categoria VI (TRANSFERÊNCIA OU ALTA HOSPITALAR) – Separados, na mesma categoria, os termos Alta Hospitalar e Transferência. Acrescido ao lado do termo Alta hospitalar as opções: Domicílio ou Outro local (com espaço para descrição). Colocado ao lado do termo “Transferência”, uma linha para descrição do local, serviço ou unidade que o paciente foi encaminhado. Acrescentado espaço ao lado da data para colocar horário da transferência ou da alta hospitalar. Acrescentado espaço ao lado da data para colocar horário da transferência ou da alta hospitalar. Indicador 1 excluídas as palavras Paciente em. Indicador 2 (Dispositivos) foi retirado os termos Colostomia e Urostomia e substituído por Ostomia, com espaço ao lado para descrição; ao lado do termo Dreno, foi colocado linha para descrição do tipo. Excluída a palavra Sonda de Sonda Nasoenteral e excluída a palavra dispositivos de Outros dispositivos. Indicador 3 (Avaliação da Ferida Cirúrgica) substituído o termo Infectada por Infecção e acrescentada a opção Não se aplica (NSA). Indicador 4 mudou a redação para: Orientações para cuidados no âmbito domiciliar e retorno ambulatorial. Acrescido espaço para Nome da Enfermeira, COREN e Data.

Durante o desenvolvimento do *checklist*, na realização das duas oficinas e no período de teste piloto as enfermeiras tiveram oportunidades de discutir sobre a

inclusão, exclusão ou alteração dos itens no instrumento (conteúdo), sua aplicabilidade para avaliação dos pacientes submetidos a cirurgias eletivas, bem como, sobre seu potencial como ferramenta administrativa para planejamento da assistência e mensuração de dados relacionados à segurança do paciente e qualidade do atendimento prestado. Como resultado foi revisto e reorganizado o *checklist* Versão 2 pela pesquisadora resultando na Versão 3 o que também resultou no alcance dos dois primeiros objetivos específicos estipulados nesta pesquisa.

### 5.3 FASE DE AVALIAÇÃO (A) DO CICLO PDCA

#### 5.3.1 Validação por Comitê de Especialistas

Depois da fase de avaliação e construção do *checklist* iniciou-se a seleção e recrutamento dos especialistas para validação do instrumento, por meio de Técnica Delphi e Escala Likert.

Em relação ao processo de formação do grupo de especialistas brasileiros foram contatados 16 profissionais, a partir da carta convite (Apêndice 9), dos quais 8 aceitaram fazer parte deste estudo.

Em relação aos enfermeiros com conhecimento em Segurança do Paciente foram convidados 4 profissionais: 2 não responderam ao convite e 2 aceitaram fazer parte do time de especialistas. Eram profissionais de saúde de instituições privadas da região sudeste e sul do Brasil e representaram, respectivamente, atendimento ao paciente adulto e infantil.

O convite aos enfermeiros com conhecimento em assistência ao paciente cirúrgico foi para 2 profissionais, os quais aceitaram participar já no primeiro contato. Estes representaram instituições privadas da região nordeste e sudeste do Brasil.

Para escolha de professor em enfermagem, com conhecimento em Segurança do Paciente, foram convidados 4 profissionais. Contudo a primeira

opção não respondeu aos e-mails encaminhados; a segunda aceitou o convite, mas como estava em férias, no período de validação deste estudo, foi excluída do estudo, pois não haveria tempo hábil para sua participação; a terceira não respondeu aos e-mails, foi informado que a mesma encontrava-se viajando para fora do país; por fim, a quarta aceitou o convite e representou a área de ensino de enfermagem da região sul do Brasil.

O convite para professor em enfermagem, com conhecimento em assistência ao paciente cirúrgico, foi realizado para 3 profissionais. Inicialmente a primeira aceitou o convite, mas depois cancelou porque estava em período de férias; a segunda não respondeu ao convite no tempo estipulado; a terceira aceitou o convite e para fins de validação deste instrumento, representou o ensino de enfermagem da região centro-oeste do Brasil.

Para obtenção de dois médicos cirurgiões no time de especialistas, foi necessário fazer o convite para 3 profissionais. O primeiro aceitou o convite de imediato, mas depois, por ser coordenador de evento importante na área de segurança do paciente, não conseguiu responder as questões do formulário em tempo hábil. Torna-se importante ressaltar que, mesmo não fazendo parte do time de especialistas, este médico fez questionamentos pertinentes e considerações importantes sobre o instrumento proposto. O segundo e terceiro profissionais que aceitaram o convite foram cirurgiões gerais, respectivamente cirurgião pediátrico e de pacientes adultos. Estes profissionais representaram instituições públicas da região sul do Brasil. Diante deste cenário a composição proposta e a amostra final ficou assim representada:

- a) Composição Proposta – população de 16 especialistas: três professores da disciplina de assistência de enfermagem cirúrgica; quatro professores com conhecimento em segurança com paciente; dois enfermeiros especialistas em enfermagem cirúrgica; quatro enfermeiros com expertise em segurança do paciente e três médicos cirurgiões.
- b) Amostra Final - oito especialistas: dois professores, sendo um da disciplina de assistência de enfermagem cirúrgica e um com conhecimento em segurança com paciente; dois enfermeiros especialistas em enfermagem cirúrgica; dois enfermeiros com expertise em segurança do paciente e dois médicos cirurgiões.

O formulário de especialistas (Apêndice 10) composto por 26 questões organizadas em três blocos: Observações sobre o Título; Possibilidades do *checklist* de Segurança Cirúrgica nos Períodos Pré e Pós-Operatórios e Avaliação Geral sobre objetividade, clareza de redação, pertinência, credibilidade, viabilidade de aplicação, validade do instrumento, informações claras e concisas, organização lógica do conteúdo e a interface entre o profissional e o paciente, do tipo Likert.

Ao lado de cada questão havia também um campo específico para respostas abertas, que permitiu a realização de comentários que contribuíram para a qualidade do processo de validação. Os dados originados das avaliações foram mensurados por meio das respostas, questionamentos e contribuições dos especialistas. Foi avaliada a possibilidade de sua aplicação na prática profissional e replicação em instituições de saúde, em prol da segurança do paciente cirúrgico. Os resultados deste formulário foram distribuídos em uma planilha para opção de respostas por Escala Likert como proposto na metodologia desta pesquisa.

### 5.3.1.1 Resultados da primeira rodada Técnica Delphi

A seguir são apresentados os resultados alcançados e a análise estatística da primeira rodada de avaliação pela Técnica Delphi, para fins de validação do instrumento proposto:

#### **Bloco I – Observações sobre o título**

TABELA 9 – CONCORDÂNCIA COM TÍTULO E TEXTO DO CHECKLIST (n=8).

<b>Questão</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
	%	%	%	%	%
<b>Título auxilia o leitor</b>	-	-	-	62	38
<b>Título é conciso e atraente</b>	-	-	-	50	50

Continua

## Conclusão

Questão	Discordo	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo
	Totalmente				Totalmente
	%	%	%	%	%
<b>Título corresponde ao PCSSV</b>	-	-	12	50	38
<b>Aplicação prática da proposta</b>	-	-	12	12	76
<b>Domínio do pesquisador</b>	-	-	-	12	88
<b>Instrumento para construção de conhecimento</b>	-	-	12	12	76
<b>Há coerência ou afinidade no número mínimo de categorias</b>	-	-	12	50	38
<b>Há detalhes ou elementos supérfluos</b>	25	50	12	12	-
<b>Texto em tamanho e posição adequados</b>	-	12	12	38	38

Fonte: formulários preenchidos por especialistas (2014).

Conforme Tabela 9 verifica-se que a maioria das respostas concentra-se nas opções concordam ou concordam totalmente. Nas questões, o Título auxilia o leitor a identificar as informações que irá observar e Domínio do pesquisador este valor foi 100%.

Na opção Há detalhes ou elementos supérfluos que desviem a atenção do leitor 75% dos especialistas responderam que discordam ou discordam totalmente. Neste item, especificamente, a avaliação em forma de discordância comprova que o instrumento está adequado ao proposto, sem informações que precisassem ser modificadas.

Com os índices obtidos na Tabela 9 as questões foram validadas com escore  $\geq 70\%$ , de acordo com o proposto na metodologia da pesquisa.

TABELA 10 – RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA COM O TÍTULO (n=8).

<b>Questão</b>	<b>Concordam</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Discordam</b>	<b>Ranking Médio Likert</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
<b>Título auxilia o leitor</b>	100	0	0	1,38
<b>Título é conciso e atraente</b>	88	12	0	1,25
<b>Título corresponde ao PCSSV</b>	88	12	0	1,25
<b>Aplicação prática da proposta</b>	100	0	0	1,63
<b>Domínio do pesquisador</b>	100	0	0	1,88
<b>Instrumento construção de conhecimento</b>	88	12	0	1,63
<b>Há coerência ou afinidade no número mínimo de categorias</b>	88	12	0	1,25
<b>Há detalhes ou elementos supérfluos</b>	25	0	75	1,00
<b>Texto em tamanho e posição adequados</b>	76	12	12	1,00

FONTE: formulários preenchidos por especialistas (2014).

Para avaliar o índice de aprovação por categoria, foi calculado o grau de concordância (índice de aprovação) pelo ranking médio (RM) para escala Likert conforme pontuação atribuída às respostas, relacionadas as frequências das respostas dos especialistas, sendo: “Discordo Totalmente” (-2); “Discordo” (-1); “Indiferente” (zero); “Concordo” (+1) e “Concordo Totalmente” (+2). Para os valores do  $RM \geq 1$ , obteve-se consenso.

A tabela 10 demonstra que foram aprovados os requisitos relacionados aos títulos de cada categoria do instrumento permitindo o leitor identificar imediatamente as informações que são observadas ( $RM = 1,38$ ), ser conciso e atraente e corresponder ao contexto do Programa Cirurgia Seguras Salvam Vidas preconizado pela OMS para os períodos pré e pós-operatórios ( $RM = 1,25$ ).

O valores do Ranking Médio para os requisitos sobre a possibilidade da construção de conhecimento na área de segurança do paciente cirúrgico, ou seja,

tem contemporaneidade e aplicação na prática o RM foi de 1,63; mostra o domínio do pesquisador sobre a proposta foi de 1,88; há coerência ou afinidade entre o número de categorias (I até VI) e número de questões em cada uma delas foi de 1,25; há detalhes ou elementos supérfluos que desviem a atenção do leitor e se o texto está em tamanho e posição adequados foi de 1,00.

Verificou-se na Tabela 10 que o índice de concordância foi superior a 70% e os valores calculados para obtenção do Ranking Médio para Escala Likert são  $\geq 1$ , o que demonstra que o instrumento proposto foi validado em relação a todas as questões do Bloco I do Formulário de Especialistas.

## **Bloco II – Possibilidades do uso do Checklist de Segurança Cirúrgica nos Períodos Pré e Pós-operatórios**

TABELA 11 – CONCORDÂNCIA PARA O USO DO CHECKLIST (n=8).

<b>Questão</b>	<b>Discordo Totalmente (%)</b>	<b>Discordo (%)</b>	<b>Indiferente (%)</b>	<b>Concordo (%)</b>	<b>Concordo Totalmente (%)</b>
<b>Checklist contribui para a segurança</b>	-	-	-	38	62
<b>Há algum item que considera de maior explicitação</b>	26	12	25	25	12
<b>Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude</b>	-	25	38	25	12
<b>Existe algum tópico que deveria ser excluído</b>	26	38	12	12	12
<b>Checklist utiliza referencial teórico</b>	-	-	-	38	62
<b>Checklist eficaz para planejamento e gestão</b>	-	-	-	50	50
<b>Checklist contribuirá para prevenir erros</b>	-	-	12	38	50
<b>Checklist poderá ser replicado</b>	-	-	-	50	50

Fonte: formulários preenchidos por especialistas.

A avaliação sobre a possibilidade de o *checklist* contribuir para segurança do paciente cirúrgico por meio da prevenção de erros e detecção precoce de agravos à saúde, obteve nível de concordância de 88%.

Em relação à clareza do *checklist* como metodologia singular para gestão de ações de segurança ao paciente cirúrgico, fato de se valer de referencial teórico suficiente e atualizado para sua operacionalização, eficácia do instrumento no planejamento e nas ações de cuidado e a possibilidade de ser replicado em outras instituições de saúde a porcentagem de concordância foi de 100%.

A Tabela 11 demonstra os dados das avaliações do Bloco II - Sobre as Possibilidades do *checklist* de Segurança Cirúrgica nos Períodos Pré e Pós-Operatórios. Verifica-se que a soma da opção Indiferente foi de 87%, porém representam peso nulo para efeitos de validação deste instrumento, conforme proposto na metodologia.

Nas questões: Há algum item que considera de maior explicitação, Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude e Existe algum tópico que deveria ser excluído verificam-se que as somas obtidas nas opções Discordo Totalmente e Discordo foram respectivamente 37%, 25% e 63%. Ressalta-se que houve um percentual significativo para o escore Indiferente, o que segundo a metodologia é considerado como neutro; dos escores negativos diante dos títulos das questões (concordo e concordo totalmente) variavam entre 12 e 25%, já os escores positivos (discordo totalmente e discordo) foram de 25 a 63%. Com estes percentuais e de acordo com a proposta da metodologia, de percentual em  $\geq 70\%$  para validação, estas três questões não foram aprovadas.

TABELA 12 – RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA PARA O USO DO CHECKLIST (n=8).

Questão	Concordam (%)	Indiferente (%)	Discordam (%)	Ranking Médio Likert
<b>Checklist contribui para a segurança</b>	100	0	0	1,63
<b>Há algum item que considera de maior explicitação</b>	37	25	37	0,13
<b>Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude</b>	25	38	37	-0,25

Continua

## Conclusão

Questão	Concordam (%)	Indiferente (%)	Discordam (%)	Ranking Médio Likert
Existe algum tópico que deveria ser excluído	63	12	24	0,50
Checklist utiliza referencial teórico	100	0	0	1,50
Checklist eficaz para planejamento e gestão	100	0	0	1,63
Checklist contribuirá para prevenir erros	88	12	0	1,50
Checklist poderá ser replicado	100	0	0	1,63

FONTE: formulários preenchidos por especialistas (2014).

Conforme Tabela 12 e pelo cálculo do Ranking Médio da escala Likert, a questão Tópico que deveria ser incluído apresentou valor negativo (-0,25), e por estar abaixo de 1 demonstrou a falta de consenso entre os especialistas. Nas outras duas questões: Item de maior explicitação e Tópico que deveria ser excluído verificou-se que os valores do Ranking Médio foram positivos, respectivamente 0,13 e 0,50. Estes valores também ficaram abaixo de 1 não atingirem o índice de concordância para fins de validação deste estudo.

### Bloco III – Avaliação Geral

TABELA 13 – CONCORDÂNCIA COM O CHECKLIST EM GERAL (n=8)

Questão	Discordo Totalmente (%)	Discordo (%)	Indiferente (%)	Concordo (%)	Concordo Totalmente (%)
Objetividade	-	12	-	38	50
Clareza de Redação	-	12	-	63	25
Pertinência	-	-	-	25	75
Credibilidade	-	-	-	25	75
Viabilidade de aplicação	-	-	-	25	75
Validade do instrumento	-	-	-	38	62
Informações claras e concisas	-	-	12	63	25

Continua

## Conclusão

Questão	Discordo	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo
	Totalmente				Totalmente
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Organização lógica do conteúdo</b>	-	-	12	38	50
<b>Interface profissional e paciente cirúrgico</b>	-	-	25	12	63

FONTE: formulários preenchidos por especialistas (2014).

Na avaliação geral do instrumento, demonstrada na Tabela 13 verificou-se nível de concordância de 88% em relação aos atributos objetividade, clareza de redação, informações claras e concisas, organização lógica do conteúdo, ou seja apenas 12 % discordaram. Em relação à interface do profissional com o paciente cirúrgico as respostas representaram 75% de concordância. Para os requisitos pertinência, credibilidade, viabilidade de aplicação e validade do instrumento proposto todos os profissionais ou 100% responderam que concordam e concordam totalmente.

TABELA 14 – RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA EM GERAL PARA O CHECKLIST (n=8)

Questão	Concordam	Indiferente	Discordam	Ranking
	(%)	(%)	(%)	Médio Likert
<b>Objetividade</b>	88	0	12	1,25
<b>Clareza de redação</b>	88	0	12	1,00
<b>Pertinência</b>	100	0	0	1,75
<b>Credibilidade</b>	100	0	0	1,75
<b>Viabilidade de aplicação</b>	100	0	0	1,75
<b>Validade do instrumento</b>	100	0	0	1,63
<b>Informações claras e concisas</b>	75	25	0	1,00
<b>Organização lógica do conteúdo</b>	88	12	0	1,38
<b>Interface - profissional e paciente cirúrgico</b>	75	25	0	1,38

FONTE: formulários preenchidos por especialistas (2014).

A tabela 14 demonstra que foram aprovados os requisitos objetividade (RM =1,25), clareza de redação (RM =1,00), validade do instrumento (RM =1,62), informações claras e concisas (RM =1,12), organização lógica do conteúdo (RM =1,38). Os atributos pertinência, credibilidade e viabilidade de aplicação alcançaram valores de Ranking Médio equivalentes a 1,75.

Deste modo no Bloco III observa-se que os índices foram superiores a 70 % e os valores do Ranking Médio da Escala Likert foram maiores que 1 em todos os atributos avaliados, o que demonstra o consenso entre os especialistas e comprova que o instrumento proposto foi validado em relação as questões sobre a avaliação geral do instrumento.

Os especialistas tiveram a oportunidade nesta fase de validação do *checklist* de opinar livremente sobre este instrumento. Algumas respostas foram:

- a) Direciona a capacitação clínica do enfermeiro e identifica o grau de dependência de cuidados de enfermagem, facilitando o dimensionamento de pessoal (E2).
- b) O instrumento contempla todos os itens que garantem segurança para o paciente no pré e pós-operatório. É de fácil compreensão e aplicação, além de conter todos os itens necessários que garantam as boas práticas de para segurança do paciente cirúrgico (E4).
- c) Alerta para eventos adversos, melhora a comunicação da equipe e o trabalho integrado multiprofissional que é fundamental (E7).
- d) Acredito que haverá resistência por ser mais um instrumento a ser preenchido pela equipe de Enfermagem. Se não for realizado trabalho de conscientização pode haver falta de interesse de relatar tudo que se passa com o paciente o que pode falsear os resultados (E8).

De um modo geral os especialistas fizeram comentários positivos e de incentivo a aplicação do *checklist* na prática profissional, contudo alertam que é um processo que requer educação em serviço.

### 5.3.1.2 Resultados da segunda rodada Técnica Delphi

Nas questões: Há algum item que considera de maior explicitação, Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude e Existe algum tópico que deveria ser excluído do Bloco II do *checklist* Versão 3, verificou-se que a soma do percentual de respostas dos especialistas por categoria foram respectivamente: 49% em Discordo Totalmente, 63% em Discordo e 75% em Indiferente, sendo que a avaliação “indiferente” recebeu peso nulo em relação ao propósito deste estudo. Deste modo, estas três questões não atingiram o mínimo de 70% de concordância entre os especialistas e foram submetidas à segunda rodada de avaliação pela Técnica Delphi.

Nesta fase foi submetido o *checklist* a ajustes e, ou justificativas solicitadas pelos especialistas sobre a Versão 3.

O especialista E1 considerou que alguns indicadores necessitavam de maior explicitação, por este motivo foi esclarecido que:

- a) Em relação aos exames de imagem, sua verificação está recomendada pelo Programa Cirurgia Segura Salvam Vidas da OMS; porém, estes não são atribuíveis a todo tipo de cirurgia, logo, para sua checagem existe a opção não se aplica, a qual foi inserida pelo grupo de enfermeiros que elaborou o checklist, após o teste piloto realizado;
- b) Sobre os exames laboratoriais, estes estão contemplados na Categoria II - Antes do encaminhamento do paciente para o Centro Cirúrgico, quando o paciente deve estar liberado para cirurgia pelo anestesiológico, com base na avaliação do paciente e de seus exames laboratoriais pré-operatórios.
- c) Quanto as explicitações em relação ao preparo de pele na unidade de internação foi alertado que estes itens estavam inclusos no indicador 7 da Categoria II descrito no Preparo pré-operatório de rotina; foi exemplificado que cuidados como o banho com Clorexidina ou tricotomia não têm indicação em todos os tipos de cirurgias, porém, o preparo de pele que deve ser realizado imediatamente antes do procedimento cirúrgico como degermação e antisepsia, já era um item checado em formulário padronizado, utilizado no centro cirúrgico da instituição de pesquisa.

d) Em relação ao diagnóstico médico pré-operatório, os enfermeiros participantes do teste piloto decidiram não incluir neste checklist por entenderem ser exclusividade da equipe médica, além desta informação já constar em prontuário; avaliou-se que o que mais colabora no planejamento da assistência de enfermagem é a informação sobre o procedimento planejado, e este indicador foi contemplado na Categoria I - Identificação como Cirurgia/Local;

e) Quanto ao questionamento sobre a lateralidade, este indicador já estava contemplado na categoria I - Identificação, além da opção não se aplica, pois esta informação não é necessária em determinados procedimentos; contudo, em cirurgias ortopédicas, tanto em adultos como crianças, este é um quesito obrigatório e essencial; deve sempre ser observado para evitar erros e eventos adversos.

Ainda sobre a questão “Há algum item que considera de maior explicitação”, o especialista E6 sugeriu inserir o nome das siglas utilizadas no instrumento, abaixo de cada quadro; a sugestão foi aceita, porém as siglas foram colocadas no final do *checklist* por questão de formatação, pois a pesquisadora precisou adequar o instrumento para que não ultrapassasse o espaço definido para sua confecção, ou seja, de apenas uma folha (frente e verso).

O especialista E8 relatou que na categoria IV (POM): *padrões de normalidade que serão considerados devem estar claros, para não permitir viés nos resultados.*

Foi então informado sobre a concordância da pesquisadora com esta avaliação e relatado sobre a proposta para elaboração do Plano Operacional Padrão (POP) com taxonomia, padrões de normalidade e intervenção de enfermagem, por ocasião da implantação do *checklist* validado na instituição; tem-se a intenção de executar este projeto na sequência da finalização desta pesquisa, conforme a diretriz metodológica do Plano PDCA que visa a melhoria contínua dos processos.

Especialista E7 solicitou esclarecimentos sobre os indicadores que constam na categoria V - Complicações sobre *quem faz o diagnóstico e quem anota no prontuário* e relatou também que *as vezes o diagnóstico de TEP não está explícito no prontuário*; a partir destes questionamentos foi esclarecido que o diagnóstico de complicações são de competência exclusiva da equipe médica e que a enfermeira tinha a função de notificá-los quando a avaliação guiada pelo *checklist* e apontasse

sinais e sintomas de alerta; foi informado também que após o diagnóstico médico confirmado e registrado em prontuário, a enfermeira anotava estes diagnósticos de complicações no *checklist*, para acompanhamento e registro do que ocorreu com o paciente durante o período de internação hospitalar.

Em relação à questão do formulário Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude tem-se:

- a) Sugestão do especialista E1 para inclusão do escore de alta anestésica; a pesquisadora concordou com a especialista sobre o conhecimento deste indicador ser de extrema importância, porém foi informado que na instituição de pesquisa este escore é registrado em formulário padronizado do centro cirúrgico, o qual contempla a avaliação de enfermagem no trans-operatório e na sala de recuperação pós-anestésica; conforme rotina, a enfermeira da unidade de internação recebe esta informação quando lê a referida ficha, no momento em que recebe o paciente do centro cirúrgico; foi esclarecido que como proposta deste estudo, esta ficha será anexada ao *checklist* de segurança cirúrgica pré e pós-operatório.
- b) Especialista E5 sugeriu a inclusão de dados relativos ao trans-operatório; foi esclarecido que este período não faz parte do instrumento proposto, o qual foi criado para utilização exclusiva das unidades de internação, nos períodos pré e pós-operatórios; concordou-se que este período é de extrema importância, porém o mesmo já está contemplado em outro *checklist* de segurança cirúrgica, utilizado no centro cirúrgico da instituição, de acordo com o modelo recomendado pela OMS.
- c) Especialista E6 fez diversas contribuições como: inclusão da descrição sítio cirúrgico demarcado no indicador 10 da categoria II (antes do encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico), a qual foi acatada; da descrição tipo e local do dreno, que foi então contemplada na categoria III (POI) em sistemas de drenagem; de espaço para descrição da observação no indicador 13 da categoria II, que foi aceito; para concluir, no item 7 (Curativo Cirúrgico) da categoria III foi colocado a opção Outros e espaço ao lado para escrita; todos os indicadores sugeridos foram então contemplados.
- d) Especialista E7 sugeriu a inclusão de profilaxia de TEV; foi esclarecido que o *checklist* não consiste em plano de cuidados e de acordo com novas

regulamentações do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) as instituições de saúde devem adotar protocolos específicos para prevenção e tratamento de TEV. Foi reforçada a proposta deste *checklist* para detectar precocemente indicativos de alerta, por meio dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, a fim de que a equipe multiprofissional de saúde seja acionada, sempre que necessário.

Na questão Existe algum tópico que deveria ser excluído, o especialista E7, referiu que se a categoria V - Complicações não fosse excluída, deveria ser melhorada, para ficar mais objetiva; foi informado que a inclusão desta categoria foi uma necessidade verificada e solicitada pelas enfermeiras participantes do estudo, durante a realização do teste piloto.

Neste sentido, com a intenção de melhorar esta categoria do instrumento e conforme o consenso das opiniões dos demais especialistas, foram realizadas as seguintes adequações referentes às complicações:

- a) Título passou a ser descrito Outras complicações pós-operatórias;
- b) Ao lado da palavra choque foram colocadas opções de checagem para séptico, hipovolêmico, cardiogênico, neurogênico e outros, com espaço para escrita.
- c) Item TEP foi retirado, porque o termo TEV já constava no instrumento;
- d) Excluído item Queda porque tratava-se de incidente e não complicação pós-operatória;
- e) Retirado o item deiscência porque já constava na categoria IV referente a avaliação do sítio cirúrgico.

Realizados os ajustes solicitados no *checklist* pelos especialistas, estes responderam novamente as questões pendentes de validação. São aqui apresentados os resultados alcançados e a análise estatística da segunda rodada Delphi, referentes as três questões do Bloco II, do Formulário de Especialistas.

TABELA 15 – CONCORDÂNCIA PARA O USO DO CHECKLIST (n=8).

Questão	Discordo Totalmente (%)	Discordo (%)	Indiferente (%)	Concordo (%)	Concordo Totalmente (%)
Há algum item que considera de maior explicitação	76	12	0	12	0
Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude	76	12	0	0	12
Existe algum tópico que deveria ser excluído	88	12	0	0	0

FONTE: formulários preenchidos por especialistas na segunda rodada Delphi (2014).

Verificou-se que na segunda rodada Delphi, considerando que as respostas esperadas eram discordo totalmente e discordo, foi atingido o índice de 88% em duas questões: Há algum item que considera de maior explicitação e Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude. Na questão Existe algum tópico que deveria ser excluído o índice para consenso foi de 100%. Estas respostas apontam que o *checklist* não precisaria sofrer alteração de conteúdo, pois todas as questões foram validadas com índice  $\geq 70\%$ .

Para avaliar o índice de aprovação foi calculado o Ranking Médio para escala Likert, conforme tabela abaixo:

TABELA 16 - RANKING MÉDIO DE CONCORDÂNCIA PARA USO DO CHECKLIST (n=8)

Questão	Concordam (n=8) %	Indiferente (n=8) %	Discordam (n=8) %	Ranking Médio Likert
Há algum item que considera de maior explicitação	12	0	88	1,50
Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude	12	0	88	1,38
Existe algum tópico que deveria ser excluído	0	0	100	1,88

FONTE: formulários preenchidos por especialistas na segunda rodada Delphi (2014).

Na questão: Há algum item que considera de maior explicitação, o valor do RM foi de 1,50. Na questão: Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua

completude o valor do RM foi de 1,38. Quanto à questão avaliada sobre a existência de algum tópico que deveria ser excluído, o valor do RM foi de 1,88.

Deste modo, o instrumento obteve consenso, pois as questões avaliadas obtiveram valor do RM  $\geq 1$ . Da mesma maneira que na primeira rodada da Técnica Delphi alguns especialistas acrescentaram comentários sobre o *checklist*:

- a) Com sua resposta para meus posicionamentos e com as alterações no protocolo acho que está tudo certo! (E8).
- b) Seu instrumento ficou muito bom e minhas sugestões foram acatadas (E4).  
As respostas confirmam a validação quantitativa e explicitam que as recomendações foram acatadas.

#### 5.3.1.3 Análise da confiabilidade

Para medir a confiabilidade dos questionários foi utilizado o teste  $\alpha$  de Cronbach e obtiveram-se os seguintes resultados para cada bloco do formulário de Especialistas:

- a) Formulário de Especialistas Bloco I = 0,9515
- b) Formulário de Especialistas Bloco II = 0,9396
- c) Formulário de Especialistas Bloco III = 0,9858

Para todos os questionários, a confiabilidade é maior que 0,90 portanto, os questionários foram considerados excelentes para fins de validação do novo instrumento proposto.

Deste modo, em conjunto com os profissionais de saúde com expertise no tema e com vistas à segurança do paciente cirúrgico, foi alcançado o terceiro objetivo proposto nesta pesquisa, relativo a validação da forma e conteúdo do “*Checklist* para Segurança Cirúrgica nos Períodos Pré e Pós-operatório”, para utilização em instituições de saúde conforme Versão 4. (Apêndice 11).

#### 5.4 REUNIÃO FINAL COM AS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES

Em outubro de 2014 foi realizada a reunião final com as enfermeiras participantes do estudo para apresentar os resultados do processo de validação do instrumento e os dados estatísticos após duas rodadas Delphi. Foram apresentadas as dificuldades encontradas pela pesquisadora para formação do grupo de especialistas na área de segurança do paciente e assistência cirúrgica, e os motivos da demora nas respostas, por esta fase do estudo ter iniciado em momento dos jogos da copa do mundo no Brasil e coincidirem com as férias da maioria dos especialistas que tinham aceitado o convite para avaliar o *checklist* para fins de validação.

As alterações realizadas no instrumento foram divulgadas para os participantes da pesquisa e apresentada a Versão 4, considerada a versão final e validada do instrumento. Conforme solicitação da gerência da UCIR e por meio do consenso das enfermeiras participantes sobre a importância da utilização deste *checklist* como ferramenta capaz de auxiliar o enfermeiro na sua prática clínica, na minimização de riscos ao paciente cirúrgico, o instrumento será padronizado para uso na instituição de pesquisa.

Aos especialistas, após a aprovação da dissertação pela banca avaliadora, será encaminhado uma carta com os resultados obtidos e acompanhada da Versão 4 final e validada do *Checklist* de Segurança Cirúrgica Pré e Pós Operatório.

## 6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou a elaboração, a avaliação e a validação de *checklist* para segurança cirúrgica nos períodos pré e pós-operatórios com base nas diretrizes e objetivos do Programa Cirurgia Seguras Salvam Vidas da OMS. Durante o processo foram realizadas adequações para aperfeiçoar sua forma e conteúdo, com vistas a viabilizar sua aplicabilidade na prática profissional de enfermagem, a fim de contribuir para a segurança do paciente cirúrgico.

Após a elaboração do instrumento (Versão 1 e 2) e o período de teste piloto para o estudo de sua aplicação na prática profissional, em diferentes especialidades cirúrgicas, concomitante com as modificações realizadas para seu aperfeiçoamento por enfermeiras e especialistas (Versão 3), a versão final validada (Versão 4), constituiu instrumento considerado essencial para o manejo clínico e atendimento seguro dos pacientes nos períodos pré e pós-operatórios

A metodologia do Ciclo PDCA utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa possibilitou o alcance dos objetivos propostos, uma vez que permitiu a aproximação com a prática assistencial, compreensão dos processos assistenciais e gerenciais envolvidos na segurança do paciente cirúrgico. Em pesquisa científica considera-se que o método é importante porque define quais os meios utilizados para alcançar os resultados relacionados ao tema investigado, porém, é a interpretação e discussão dos resultados, que proporciona visibilidade e dá sentido às novas práticas no contexto investigado (PAIM *et al.*, 2010). Diante do exposto, conforme o desenvolvimento da pesquisa em cada fase do ciclo PDCA, as análises apresentadas corroboram para interpretação e discussão dos resultados alcançados.

## 6.1 FASE DO PLANEJAMENTO (P) DO CICLO PDCA

Após a realização de três reuniões com a gerência da UCIR e os representantes da equipe multiprofissional de saúde, membros do colegiado gestor, para a aprovação do projeto de pesquisa, foi elaborado o Plano de Ação com a utilização da ferramenta administrativa 5W2H. Estas ações demonstraram a importância e riqueza do trabalho em equipe, que obteve apoio, colaboração e subsídios nas diferentes esferas, e em todas as fases do processo do Ciclo PDCA.

A utilização de ferramentas administrativas, como o 5W2H, possibilita a elaboração de planos de ação, pois representa um *checklist* das atividades que necessitam ser desenvolvidas pela equipe profissional. Coloca-se de forma clara o que, o porquê e como será realizada a ação, quem será responsável pelo seu desenvolvimento, onde e quando será realizada e quanto custará, com a finalidade de mapear todas as atividades necessárias para o alcance do objetivo estipulado (RODRIGUES et al, 2014).

Com as novas demandas exigidas nos serviços de atenção à saúde desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, intensificou-se o debate acerca das alterações necessárias na gestão e na organização do trabalho em saúde. Neste sentido, a gerência do cuidado de enfermagem envolve a articulação entre as esferas gerencial e assistencial e tem a finalidade de buscar a implementação de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e de enfermagem, por meio do planejamento da assistência, da provisão e previsão de recursos necessários e da articulação para melhorar as interações entre os profissionais da equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

Para implementação de ações para promoção da saúde, se faz necessário a capacitação dos gestores e dos profissionais na discussão de mecanismos de gestão democráticos e flexíveis, com o objetivo de possibilitar a participação dos profissionais e dos usuários na gestão compartilhada e colegiada (SILVA *et al.*, 2012). O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou que profissionais, com desempenho assistencial e gerencial, planejassem, testassem e avaliassem instrumento que tem como foco comum a segurança do paciente cirúrgico e permite, de acordo com o preconizado pela OMS o planejamento e checagem de

ações, bem como a construção de indicadores do processo e resultado da intervenção cirúrgica (OMS, 2009).

## 6.2 FASE DO DESENVOLVIMENTO (D) E CHECAGEM (C) DO CICLO PDCA.

Esta fase correspondeu à construção do *Checklist* de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios, coleta de dados durante a realização do teste piloto com as enfermeiras da UCIR, para avaliação do seu conteúdo e aplicabilidade na prática profissional, bem como a mensuração e análise dos resultados obtidos pela checagem dos dados levantados.

As listas de checagem geralmente, chamadas de *checklist* (termo anglicano), são consideradas elementos-chave para a redução de erros. Assim, *checklist* tornaram-se sinônimo de melhores práticas em áreas de alto risco, tais como a cirurgia (WEISER; BERRY, 2012). Em estudo de meta-análise que incluiu sete estudos de *checklists*, com um total de 37.339 pacientes, utilizando dados do MEDLINE, CINAHL, Proquest e Biblioteca Cochrane, concluiu-se que os *checklists* de segurança cirúrgicos são considerados instrumentos capazes de minimizar os riscos por possibilitar a coordenação e maior união da equipe responsável pelo atendimento do paciente (GILLESPIE *et al.*, 2014).

Inicialmente, o desenho preliminar do *checklist* elaborado tinha o *layout* no modo retrato e estava dividido em 5 categorias. Este por sua vez, deu origem a Versão 1 do instrumento apresentada para as enfermeiras participantes na primeira oficina e permaneceu com o mesmo número de categorias e itens, porém o conteúdo foi formatado conforme *layout* da página em modo paisagem de modo que todas as informações ficaram em uma folha (frente e verso). As enfermeiras apresentaram dúvidas sobre os momentos em que deveriam realizar cada avaliação, em virtude de ser o primeiro contato com o instrumento; após o fornecimento das explicações em relação a forma e os momentos distintos em que cada categoria deveria ser preenchida, estas colaboraram com o seu aperfeiçoamento por meio de sugestões quanto a escrita e ordem dos itens, o que deu origem a Versão 2.

Após o período de dois meses de realização do teste piloto para utilização do *checklist* na avaliação dos pacientes com indicação de cirurgias eletivas, verificou-se que o instrumento foi aceito pelas enfermeiras e pela equipe multiprofissional envolvida nesta assistência, como um guia norteador da prática profissional e com a finalidade de garantir a realização de cirurgias seguras.

A elaboração de novos instrumentos destinados a nortear a prática profissional tornam-se ferramentas para melhoria da qualidade. Porém, a qualidade requer mudanças comportamentais por parte dos profissionais, por meio do conhecimento e sua disseminação, desenvolvimento de habilidades e consequente modificação de atitudes (OLIVEIRA, 2009); por este motivo, a construção do *checklist* proposto neste estudo, foi realizada de forma participativa com as enfermeiras das unidades de internação.

A Versão 3 foi possível pela avaliação dos pacientes pelas enfermeiras participantes em oito especialidades cirúrgicas, com a coleta de dados em 450 *checklists*; na Especialidade de Transplante Hepático, não houve cirurgia no período do teste piloto. O número de instrumentos preenchidos foi suficiente por alcançar a saturação dos dados. Talvez este número pudesse ter sido maior, mas na época a instituição passava por um período de crise, por motivo de greve dos funcionários, o que originou déficit de recursos humanos necessários para prestar assistência ao paciente e, conseqüentemente, acarretou na diminuição no número de cirurgias.

Num cenário em que assistência segura ao paciente cirúrgico, por meio da redução de riscos específicos, envolve uma rotina sequencial de eventos como avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparação para os cuidados pós-operatórios apropriados (OMS, 2009), não basta que as instituições elaborem e imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada, desde que os integrantes das equipes compreendam a real importância e necessidade, aceitem o processo e incorporem o novo na prática diária (SCHALACK; BOERMEEESTER, 2010). Atualmente as enfermeiras da UCIR, nas unidades envolvidas no projeto estão utilizando a Versão 3 aguardando o final desta pesquisa para implantar a Versão 4.

Na elaboração de um instrumento, indicadores como a identificação completa do paciente, seu número de registro hospitalar, local de internação e a

identificação do profissional que realizou o atendimento, assim como o horário e a data em que ocorreu a avaliação são essenciais para segurança do paciente. Os registros devem ser feitos de forma cronológica durante o período perioperatório, podem servir para alimentar banco de dados, proporcionar a melhoria da qualidade do serviço, além de fornecer o respaldo legal para a instituição de saúde e de todos os profissionais envolvidos na assistência prestada ao paciente (FONSECA; PENICHE, 2009).

O processo de identificação do paciente garante a segurança e a qualidade do cuidado nas instituições de saúde e diversos fatores como culturais, organizacionais, materiais e humanos podem contribuir para sua não conformidade, o que pode levar o profissional de saúde a cometer erros, que por sua vez, podem transformar-se em eventos adversos (TASE *et al.*, 2013).

A SOBECC (2009), ainda ressalta que no período pré-operatório itens importantes devem ser checados e cuidados específicos devem ser realizados, pois corroboram com a segurança do paciente na prevenção de infecções (tricotomia e ausência de adereços pessoais), prevenção contra queimaduras pelo eletrocautério (ausência de adereços), prevenção do risco de aspiração ou dificuldade em manter as vias aéreas permeáveis (observação de jejum e ausência de próteses), observação da oxigenação adequada e vias aéreas permeáveis (ausência de esmaltes nas unhas, pois dificultam a leitura do oxímetro), prevenção do risco de operar o sítio cirúrgico errado (demarcação do sítio cirúrgico); Estas recomendações foram contemplados no checklist proposto nesta pesquisa.

Um outro aspecto, conforme o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS, na fase pré-operatória solicita que a intervenção deve ser realizada com obtenção do termo de consentimento informado, a confirmação da identificação do paciente, do sítio cirúrgico e do procedimento a ser realizado, o que está incluso no instrumento neste estudo. Após a cirurgia as intervenções como realização de planejamento da assistência de forma clara, compreensão dos eventos transoperatórios, bem como o comprometimento com a monitorização de alta qualidade podem melhorar o processo cirúrgico e promover segurança do paciente e melhores resultados (OMS, 2009).

Estudo desenvolvido para determinar a prevalência de Mediastinite pós-cirúrgica, pesquisadores descreveram algumas sugestões com objetivo de

contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem após a realização de cirurgias. Englobam a implantação de ações voltadas ao paciente cirúrgico que incluem a formulação e implementação de impressos para o planejamento da assistência, como também elaboração de metas e intervenções que possibilitem a vigilância epidemiológica. Outros cuidados foram considerados importantes como a descrição da localização, evolução e tratamento da ferida operatória; realização da evolução do paciente de forma regular e a supervisão rotineira de enfermagem nos pacientes em pós-operatório imediato e tardio, com a finalidade de identificação precoce de sinais e sintomas (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

Houve ao longo da avaliação do *checklist* para segurança cirúrgica nos períodos pré e pós-operatório problemas nos registros no Pós-Operatório Mediato e Alta hospitalar (categorias IV e V), pois os *checklists* apresentaram déficit no seu preenchimento. As enfermeiras alegavam falta de tempo ou esquecimento, pois ainda não estavam habituadas à sua utilização. No entanto, durante as visitas diárias de campo realizadas pela pesquisadora, afirmavam que o preenchimento do instrumento era fácil, rápido, importante e necessário para a segurança do procedimento cirúrgico.

Em estudo semelhante ao proposto nesta pesquisa, para elaboração de instrumento de enfermagem perioperatória e que envolveu os períodos pré, intra e pós-operatórios, realizado também em instituição pública, verificou-se que o instrumento construído foi considerado de fácil utilização pelas enfermeiras, afinal, cada profissional era responsável pelo preenchimento das informações pertinentes ao seu respectivo setor de atendimento ao paciente cirúrgico. As autoras atribuíram que seu preenchimento ocorreu de forma rápida, simples e prática porque foi construído em forma de *checklist* (MONTEIRO *et al.*, 2013).

A interpretação dos dados coletados possibilitou a verificação de quantos pacientes permaneceram acima de 24 horas internados após a cirurgia (POM), pela análise das datas e horários das cirurgias realizadas em relação as altas hospitalares. Cabe ressaltar que dos 450(100%) *checklist* preenchidos, 226(50,22%) eram relativos aos pacientes que ficaram internados até 24 horas após a cirurgia, justificando-se a não necessidade do preenchimento da categoria IV de Pós-operatório Mediato.

Observou-se que nos demais 224 *checklists* relativos aos pacientes que permaneceram internados no POM, o que corresponde a 49,78% da amostra total (n=450), os dados apontaram a porcentagem de riscos e a ocorrência de sinais e sintomas de alerta para possíveis complicações, destacando-se principalmente queixa de dor, náusea e vômito, presença de dispositivos, sangramento e drenagem em sítio cirúrgico. Isto mostra que o *checklist* é ferramenta norteadora da assistência de enfermagem, para prevenção de complicações pós operatórias e possibilita a mensuração de dados relacionados à intervenção cirúrgica e sua evolução.

Em pesquisa realizada em uma clínica cirúrgica na região centro oeste do Brasil, evidenciou-se incidentes sem dano em 615 internações (82%) e 140(18,7%) eventos adversos. Os eventos adversos identificados foram: dor aguda pós-operatória, retirada não programada dos dispositivos tubulares, sonda e/ou dreno, falhas de procedimentos técnicos com necessidade de intervenção cirúrgica, além de reações adversas e alérgicas a medicamentos, infecções hospitalares, úlcera por pressão, queda, manutenção inadequada de equipamento médico, reação adversa ou falta de hemoderivado e óbito (PARANAGUÁ *et al.*, 2013).

Os enfermeiros, e demais integrantes da equipe multiprofissional que trabalham em instituições de saúde, precisam unir esforços para criar soluções inovadoras que minimizem os riscos e eventos adversos aos pacientes cirúrgicos. A detecção precoce de sinais e sintomas fora dos padrões da normalidade, podem prevenir complicações no período pós operatório. Neste sentido, medidas urgentes e contínuas devem ser tomadas em cumprimento ao que determina o Programa Nacional de Segurança, instituído pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2013).

A análise da categoria V - Alta/Transferência Hospitalar mostrou porcentagens variadas de adesão de cada enfermeira participante na utilização do instrumento proposto contudo, a avaliação e orientação da enfermeira são fundamentais em relação aos cuidados que devem ser realizados no âmbito domiciliar, no retorno ambulatorial para retirada de pontos, na realização de exames laboratoriais e de imagem (quando aplicável) e reavaliação clínica para acompanhamento da evolução pós cirúrgica.

Após a alta hospitalar os pacientes ficam vulneráveis a danos por diversas razões: falta de orientação e preparo para o autocuidado, descontinuidade do cuidado na interface do atendimento hospitalar e ambulatorial, erros de medicação e transferência inadequada de informações, em parte pela ausência de sistemas integrados de informações nos diferentes serviços de saúde (BAYLEY *et al.*, 2007; BERGKVIST *et al.*, 2009).

Entretanto, os erros na troca de informações e na transferência de pacientes, até pouco tempo, despertavam pouca atenção (WACHTER, 2010). Em estudo realizado sobre erros no sumário da alta foi demonstrado que a realização de orientação e assistência adequada quanto aos medicamentos prescritos reduz os erros durante o processo de transferência do paciente do ambiente hospitalar aos cuidados primários e na comunidade (BERGKVIST *et al.*, 2009).

Em virtude dos numerosos avanços e inovações na área da saúde, enfermeiros precisam concentrar suas ações em princípios científicos e sistematizar as ações para subsidiar a implementação prática do cuidado e recomendar as intervenções e recomendações mais apropriadas para cuidados específicos ao paciente atendido (PEDROLO *et al.*, 2009). Neste contexto, como a alta hospitalar constitui o momento em que os pacientes são transferidos e precisam continuar recebendo os cuidados em âmbito domiciliar, a avaliação da enfermeira para planejamento dos cuidados dos pacientes é essencial e deve ser realizada de forma cuidadosa em relação ao estado clínico dos pacientes para evitar readmissões (SOUZA; QUELUCI, 2014).

Conforme Paim e colaboradores (2010), os profissionais de enfermagem que trabalham com pesquisa científica e aqueles atuantes na prática assistencial, devem adquirir a capacidade de adotar o conhecimento construído nas pesquisas como elemento fundamental na prática do cuidado. O desenvolvimento de projetos que procuram eliminar a lacuna existente entre a pesquisa e a prática, precisa levar em conta o saber adquirido pela experiência dos profissionais atuantes na prática. Tal afirmação vai ao encontro das diretrizes do curso de pós-graduação de Mestrado Profissional de Enfermagem, responsável pelo desenvolvimento deste estudo, onde a pesquisadora procurou integrar a teoria com a prática, ou seja, o conhecimento das enfermeiras participantes (grupo 2) e dos demais profissionais da equipe multiprofissional (grupo 1) provenientes da experiência prática

profissional, com o conhecimento científico produzido pelo desenvolvimento desta pesquisa.

A construção coletiva do *checklist* favoreceu o envolvimento dos profissionais participantes (grupos 1, 2), uma vez que estes assumiram a condição de informantes e também de atores nessa construção. Pelo relato dos profissionais da equipe multiprofissional (grupos 1) nas reuniões de colegiado e das enfermeiras participantes (grupo 2) nas oficinas e durante o teste piloto, foi verificado que estas atividades incentivaram o processo de reflexão da prática e a busca na literatura, além da satisfação de fazer parte da construção de um novo instrumento para a melhoria contínua da segurança do paciente cirúrgico.

### 6.3 FASE DE AVALIAÇÃO (A) DO CICLO PDCA PARA VALIDAÇÃO DO CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA.

Conforme a metodologia do Ciclo PDCA, depois das fases de planejamento, elaboração do instrumento e realização do teste piloto (fases P, D e C), a fase seguinte (A) teve o objetivo de realizar a validação do instrumento no Brasil, por especialistas na área de segurança do paciente e assistência ao paciente cirúrgico. Utilizou-se a Técnica Delphi para avaliação da sua forma e conteúdo, além dos critérios como objetividade, clareza de redação, pertinência, credibilidade, aplicabilidade prática, validade do instrumento, informações claras e concisas, organização lógica do conteúdo e a possibilidade de interface entre o profissional e o paciente cirúrgico.

Nesta pesquisa, este consenso foi possível já na segunda rodada Delphi, provavelmente porque o *checklist* proposto, além de ter sido desenvolvido de forma conjunta com enfermeiros das clínicas cirúrgicas e aperfeiçoado por outros representantes da equipe multiprofissional, foi também testado na prática clínica, para finalmente ser submetido à validação. Em síntese, antes do processo de validação, que correspondeu à fase de avaliação (A) precedeu a etapa que envolveu planejamento (P), desenvolvimento (D) e checagem dos dados coletados (C), conforme a metodologia PDCA.

Experiências nacionais e internacionais destinadas a testar uma proposta de mudança, o Ciclo PDCA está em consonância com o método experimental científico, porque promove a predição do resultado que se pretende-alcançar ao se realizar um teste de mudança, além de possibilitar a mensuração subsequente, de forma quantitativa ou qualitativa, para avaliar o impacto de uma intervenção sobre o processo estudado, o que possibilita o alcance da aprendizagem. A metodologia dos ciclos PDCA oferece um mecanismo de apoio para o desenvolvimento e realização de testes científicos para melhorias em sistemas complexos de saúde e, a partir do conhecimento obtido, os ciclos seguintes podem modificar, ampliar, adotar ou abandonar a mudança que foi testada. Assegurar a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde é um desafio internacional e, nos últimos anos, métodos como o Ciclo PDCA tem sido amplamente utilizado na tentativa de conduzir melhorias na área da saúde (TAYLOR *et al.*, 2014).

Na América do Norte, houve aumento da frequência de estudos de validação na área de enfermagem, envolvendo a investigação clínica de fenômenos e confirmando que a enfermagem como ciência, valoriza a avaliação e a medição de dos resultados de sua prática profissional. No Brasil, o aumento no número de pesquisas científicas nessa área solidifica o ensino de pós-graduação e colabora com o desenvolvimento da enfermagem brasileira (RIBEIRO, 2013).

No processo de validação do *checklist* de segurança cirúrgica em pré e pós operatório desta pesquisa, foi utilizada a Técnica Delphi. No primeiro envio do instrumento não houve consenso entre as 26 questões que compunham o Formulário de Especialistas. Deste modo, o instrumento foi submetido a nova avaliação, após alterações recomendadas pelos especialistas e envio de respostas aos seus questionamentos.

Nesta fase houve demora no retorno das avaliações, provavelmente em virtude da realização dos jogos da copa do mundo no Brasil e pelo período de férias dos especialistas, o que prolongou esta etapa de pesquisa.

Tão logo foi possível reunir as respostas dos especialistas estas foram codificadas e avaliadas para realização das adequações no *checklist*. Foram acatadas as sugestões e os questionamentos dos especialistas e o instrumento foi reenviado para nova avaliação, com o objetivo de obter o consenso.

Especificamente as respostas dos especialistas e os ajustes realizados resultaram em consenso e validação do *checklist*. Em relação às 9 questões submetidas ao julgamento dos especialistas sobre título e texto do instrumento, todas obtiveram escores de aprovação  $\geq 75\%$  e os dados mensurados demonstraram que o instrumento, criado especificamente para a segurança dos pacientes nos períodos pré e pós-operatórios, corresponde ao contexto do Programa Cirurgia Seguras Salvam Vidas da OMS, tem contemporaneidade e passível de aplicação prática.

Pela análise das questões: *Ficou claro que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós operatórios é uma metodologia que estrutura de forma singular um sistema de conceitos, práticas, técnicas, procedimentos e regras, com o objetivo de gerir a execução de ações de segurança ao paciente cirúrgico e Ficou claro que o instrumento proposto se vale de referencial teórico suficiente e atual para sua operacionalização*, atingiu-se o consenso de 100% de concordância.

Quanto à avaliação sobre a questão *Julga que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós operatórios contribuirá para a segurança do paciente cirúrgico por meio da prevenção de erros e detecção precoce de agravos à saúde*, obteve-se consenso de 88% de concordância entre os especialistas.

Para julgamento das questões *Julga que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós operatórios pode ser eficaz no planejamento e gestão de ações de cuidado ao paciente cirúrgico e Julga que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios poderá ser replicado em outros serviços de saúde*, foi alcançado consenso de 100% entre os especialistas.

Das 26 questões que compunham o Formulário de especialistas, 3 questões foram submetidas à segunda rodada Delphi por não atingirem o grau estipulado de  $\geq 70\%$ , após a realização dos ajustes necessários no instrumento e esclarecimento dos questionamentos feitos na primeira rodada Delphi. Verificou-se que o consenso entre os especialistas na segunda rodada da técnica Delphi representou 88% e 100% de consenso. Nas questões “Há algum item que considera de maior explicitação?” e “Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude?” obteve-se consenso no grau de discordância em 88%. Na questão

“Existe algum tópico que deveria ser excluído?” atingiu-se 100%, o que possibilitou a validação do instrumento em sua forma e conteúdo.

Em relação a esta pesquisa, o *checklist* proposto foi validado por especialistas brasileiros por ter potencial para produção de indicadores mensuráveis relacionados ao cuidado prestado ao paciente nos períodos pré e pós-operatórios e promover a realização de cirurgias seguras.

A pesquisadora acredita que quando um modelo padronizado de instrumento para checagem de dados essenciais relacionados ao processo de segurança do paciente cirúrgico, auxilia o enfermeiro fazer o planejamento dos cuidados, estabelecer ações para prevenção de erros ou verificar precocemente os sinais de complicações, os quais devem ser registrados, notificados e compartilhados com toda à equipe de saúde envolvida neste processo.

Considera-se que um instrumento de enfermagem que contenha informações do período perioperatório pode auxiliar as equipes de enfermagem, médica e demais profissionais envolvidos na dinâmica do procedimento cirúrgico e garantir para o paciente a prestação de assistência segura (MONTEIRO, 2013). A utilização de um instrumento permite a identificação das necessidades e estabelece a comunicação entre os enfermeiros da clínica e da unidade do centro cirúrgico, garantindo a continuidade da assistência perioperatória (GALDEANO; ROSSI, 2002) Contudo, construir um instrumento de coleta de dados é um trabalho árduo e para vencer todas as fases é necessário empenho do pesquisador (SOUZA; SOARES; NÓBREGA, 2009).

Em artigo de revisão sistemática da literatura sobre os impactos e implementação de *checklists* cirúrgicos, verificou-se que a sua utilização podem prevenir erros e complicações que podem ocorrer durante a cirurgia ou no período perioperatório. Neste sentido, foram então associados com o aumento da detecção de potenciais riscos à segurança do paciente, eficácia na redução das taxas de complicações e mortalidade após a cirurgia, além de proporcionar melhor comunicação entre a equipe assistencial (TANG; RANMUTHUGALA; CUNNINGHAM, 2013; TREADWELL; LUCAS; TSOU, 2014)

A segurança é uma dimensão da qualidade e por esta razão são considerados atributos indissociáveis, o que justifica a necessidade de integrar a sua gestão e melhoria com as atividades de gestão do cuidado e melhoria contínua

da qualidade nos serviços de saúde (AHRQ, 2014, KRONICH, 2014). Entretanto, a prevenção dos problemas de qualidade e a segurança na assistência cirúrgica também devem voltar-se à assistência realizada nos períodos pré e pós-operatórios, devido a estimativa da prevalência de 19% de incidentes relacionados ao cuidado e a organização do serviço (CARNEIRO *et al.*, 2011).

O enfermeiro é considerado um dos grandes aliados das organizações de saúde quanto ao gerenciamento do cuidado, pois uma das principais características da profissão é o contato direto com os pacientes e familiares (clientes), que torna possível conhecer suas necessidades e expectativas, além de ter um papel essencial no alcance dos resultados esperados no processo de atenção à saúde (ROCHA; TREVIZAN, 2009; VITURI; ÉVORA, 2014).

Sobre a condição de que o instrumento possa ser replicado em outros serviços de saúde é necessário que ocorra integração entre a teoria e a prática, além da sua divulgação. A socialização do saber, novas tecnologias, processos e instrumentos que beneficiam a assistência à saúde devem ser construídos por meio da interação do conhecimento científico prévio e a prática profissional. Nesse horizonte, insere-se a teoria da aprendizagem significativa proposta por David Ausubel (1982), que considera que o processo de aprendizagem é mais eficiente por meio da associação do novo conhecimento aos conhecimentos prévios que já foram aprendidos e vivenciados (GOMES *et al.*, 2010).

A aprendizagem significativa permite tornar os indivíduos atores participantes e ativos da sua formação, de forma que a meta a ser alcançada é a construção do novo conhecimento (GOMES, *et al.*, 2010). No caso desta pesquisa, os indivíduos foram representados pelo pesquisador e equipe multiprofissional de saúde, os quais foram atores da construção e validação de um novo instrumento em prol da segurança dos pacientes cirúrgicos, que por sua vez representam a comunidade assistida.

O Especialista E4 comentou que o *checklist* pode com certeza ser replicado. Em síntese, o *Checklist* de Segurança Cirúrgica Pré e Pós Operatório validado pode ser replicado em outros serviços de saúde e para a enfermagem esta ação é fundamental, pois segundo Gillespie *et al.* (2012), o uso de instrumentos válidos e fidedignos pode contribuir para o avanço do conhecimento da profissão.

Considerando a relevância do tema e os resultados da validação do instrumento desta pesquisa destacasse que todos os atributos do *checklist* como objetividade, clareza de redação, pertinência, credibilidade, viabilidade de aplicação, validade de instrumento, informações claras e concisas, organização lógica do conteúdo e interface entre o profissional e o paciente cirúrgico foram todos validados e obtiveram escores de concordância  $\geq 75\%$  até 100%.

Conforme a OMS (2009), atributos como simplicidade, aplicabilidade e possibilidade de mensuração são considerados essenciais para que o *checklist* proposto possa ser utilizado em instituições de saúde, como instrumento eficaz na realização de cirurgias seguras. A utilização de instrumentos válidos e fidedignos possibilita o monitoramento da qualidade do cuidado prestado, a identificação de riscos considerados evitáveis e auxilia no planejamento de ações corretivas, além de possibilitar o direcionamento de estratégias, reajuste de metas e valorização profissional (GILLESPIE *et al.*, 2012). Ao realizar estudos e intervenções que possibilitem a mensuração da qualidade do cuidado prestado e de forma confiável; em meio ao cenário de crise, pela falta de credibilidade vivenciada por muitos serviços de saúde brasileiros, o enfermeiro aparece como o profissional que pode contribuir para a mudança desta realidade (VITURI; ÉVORA, 2014).

Estes atributos referidos acima requerem concordância que é o grau em que as classificações ou escores são idênticos e confiabilidade que é o grau em que o resultado que foi mensurado reflete-se em resultado verdadeiro, livre de erros (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). Para mensurar qualidade e quantidade em organizações de saúde é recomendada a utilização de indicadores, considerados unidade de medida de uma atividade para avaliação de aspectos da estrutura, processos e resultados (VIEIRA; KURCGANT, 2010). A criação de indicadores é ilimitada, mas a dificuldade está em encontrar um indicador que seja considerado de alta validade para o domínio estudado (NAKREM *et al.*, 2009).

Neste contexto, conforme verificado em estudo de Revisão Sistemática e Meta Análise, os *checklists* representam estratégia relativamente simples, mas promissora para garantir a segurança do paciente cirúrgico em todo o mundo. A síntese das evidências mostrou que esta estratégia representa melhorias nos processos e resultou na detecção de potenciais riscos e diminuição de complicações pós-operatórias (GILLESPIE *et al.*, 2014).

O método para validação mostrou-se adequado para analisar o instrumento proposto, uma vez que a validação por especialistas brasileiros contribuiu para reformulação da formatação e redação dos indicadores, a partir das sugestões apresentadas, aumentando a possibilidade para utilização desta ferramenta em outras instituições de saúde. Os elementos que compuseram o instrumento proposto, com vistas à segurança do paciente cirúrgico, emergiram do encontro do conhecimento teórico com o saber e a vivência da prática profissional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de cirurgias seguras envolve todo o período perioperatório, ou seja, desde o momento da indicação cirúrgica até a alta hospitalar e posterior recuperação do paciente. As organizações de saúde apresentam fragilidades que colocam em risco à integridade física, emocional ou social dos pacientes e, conseqüentemente, à sua segurança, mas nada impede que os processos que envolvem o paciente cirúrgico sejam inovados e melhorados de forma contínua.

Neste sentido, o planejamento da assistência, a avaliação pré-operatória, o acompanhamento do intra-operatório e a evolução após a intervenção cirúrgica, tornam-se ações fundamentais para a promoção da segurança do paciente. Planejar e executar ações em prol desta segurança é um dever de toda equipe multiprofissional de saúde, pois a partir do momento que se compreende a importância do desenvolvimento de projetos passíveis de aplicação prática e que podem contribuir para a prevenção de erros, eventos adversos e/ou complicações pós cirúrgicas, é possível qualificar o cuidado prestado e trazer benefícios para o paciente, seus familiares, para a instituição e toda sociedade.

A elaboração, avaliação e validação de instrumento em forma de *checklist*, que reúne informações consideradas imprescindíveis para avaliação do paciente e realização de cirurgias seguras tem aprovação da instituição desta pesquisa para continuar sendo utilizado para ações preventivas, monitoramento de sinais e sintomas de alerta e detecção precoce de complicações pós-operatórias, contribuindo para o planejamento das intervenções de enfermagem e melhoria da comunicação entre a equipe multiprofissional sobre o atendimento prestado ao paciente cirúrgico. Na sua prática clínica, o enfermeiro precisa realizar planejamento estratégico para organizar a assistência e garantir a segurança dos pacientes, o que faz emergir a necessidade de que os registros neste *checklist* sejam realizados de forma padronizada, simples e prática, e principalmente, que sejam valorizados e compreendidos por toda equipe multiprofissional que presta atendimento ao paciente cirúrgico.

O instrumento validado como proposta para melhoria da assistência cirúrgica, vai somar-se a outros formulários e protocolos já desenvolvidos na

instituição, em benefício da segurança do paciente. Faz-se esta afirmação, porque obedeceu princípios fundamentais como simplicidade, aplicabilidade e possibilidade de mensuração. A partir deste momento, nosso objetivo é que este instrumento possa servir de modelo para outros serviços de saúde e, conforme as recomendações do Programa Cirurgia Seguras Salvam Vidas da OMS, seja adaptado para à realidade de cada instituição.

Entendemos que o desafio para a realização de pesquisas em enfermagem está no preenchimento das lacunas entre a teoria e à prática profissional, que deve ter como foco a construção de novos conhecimentos, tecnologias, estratégias protocolos e instrumentos que contemplem os achados investigativos da pesquisa, e que estes sejam aplicáveis para o cuidado de enfermagem prestado ao paciente cirúrgico. Contudo é importante salientar que, a elaboração conjunta deste instrumento com as enfermeiras das unidades de internação e equipe multiprofissional envolvida na assistência cirúrgica, assim como, o processo de validação científica deste instrumento, foi um grande desafio que proporcionou a integração do conhecimento teórico com a prática profissional. A utilização deste saber norteou e continuará a nortear a realização dos cuidados e contribui para difusão de boas práticas na realização de cirurgias seguras.

A produção coletiva do *checklist* proposto foi fruto da experiência coletiva e complexa entre os participantes da pesquisa, que produziram um novo conhecimento sustentado em bases científicas da prática do cuidado dos pacientes cirúrgicos, o que originou sentimento de satisfação e realização pessoal. Em outra perspectiva, esta pesquisa proporcionou aos enfermeiros a atualização e motivação necessárias para realização da prática segura do cuidado, baseada em evidências científicas e de acordo com os princípios éticos e legais da profissão.

As oficinas permitiram o compartilhar de conhecimentos e experiências, além de possibilitar momentos de reflexão em relação à realidade profissional e quanto às exigências legais determinadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde em nosso país e recomendações da OMS. Nesta perspectiva, a pesquisa permitiu a auto avaliação de todos os profissionais envolvidos e a sensibilização que despertou interesse para ações de melhoria contínua da assistência perioperatória.

A análise dos dados coletados permitiu a aquisição de maior conhecimento sobre a complexidade que envolve o cuidado do paciente cirúrgico, como também a verificação da importância da avaliação e detecção precoce de sinais e sintomas considerados de alerta, e que indiquem possíveis complicações. Concluiu-se que a utilização de instrumento específico para os períodos pré e pós-operatórios fornecem subsídios para elaboração de Plano Operacional Padrão (POP) em relação ao atendimento dos pacientes cirúrgicos e plano de cuidados individualizados, ações consideradas pela pesquisadora como eficazes para garantir a minimização dos riscos e sucesso no tratamento.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa apresentam influência no ensino, na pesquisa e na assistência de enfermagem perioperatória:

No ensino, porque as informações do instrumento servem de guia norteador da assistência e auxilia o aluno em suas reflexões sobre a importância da implementação do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS e demais programas em prol da segurança do paciente, com o desenvolvimento de comportamentos profissionais éticos, adequados e seguros na prática profissional.

Na pesquisa, pois tem potencial para realização de futuros estudos que podem impactar a prática do cuidado seguro, por meio da avaliação sobre a utilização do *checklist* proposto, associados aos cuidados provenientes do *checklist* utilizado no centro cirúrgico, conforme o modelo sugerido pela OMS, além do levantamento e análise de dados sobre a assistência e evolução das intervenções cirúrgicas. Este instrumento validado por especialistas brasileiros permite o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Na assistência, a validação deste instrumento amplia o espectro de sua utilização e implementação em outras instituições de saúde, fornece indicadores de avaliação da qualidade da assistência prestada e possibilita a formulação de novas estratégias para melhoria contínua dos serviços de saúde.

Em nossa opinião, torna-se necessária a inclusão de conteúdos relacionados à segurança do paciente cirúrgico nos cursos de formação em enfermagem (médio e superior) e de pós-graduação em enfermagem, assim como a capacitação e atualização da equipe de enfermagem para a promoção de novas iniciativas baseadas em evidências, para prestação de cuidados mais seguros e de maior qualidade.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). 1ª ed. Brasília, 2013. Disponível em <<http://www.anvisa.gov>>. Acesso em setembro/2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Patient safety**. Disponível em <<http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#P>>. Acesso em 18/06/2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Quality Indicator User Guide**: Patient Safety Indicators (PSI) Composite Measures. Version 4.3, 2011. Disponível em <[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V43/Composite\\_User\\_Technical\\_Specification\\_PSI\\_4.3.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V43/Composite_User_Technical_Specification_PSI_4.3.pdf)>. Acesso em: 23/09/2014.

AKINS, R.B.; TOLSON H.; COLE B.R. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. **BMC Medical Research Methodology**, v. 5 n. 37, 2005.

ALVES, V.L.S. **Gestão da Qualidade**: Ferramentas usadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2009.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). **Periop101**. Disponível em: <<http://www.aorn.org/Education/Periop101/Overview/AssociationofperiOperativeRegisteredNurses>>. Acesso em 28/10/2013.

ATIK, F.A. *et al.* Resultados da implementação de modelo organizacional de um serviço de cirurgia cardiovascular. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, n. 24 v. 2, p. 116-125, 2009.

AUSUBEL, D.P. **A aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

BASTOS, A.Q. *et.al.* Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 12, n. 2, p. 382-390. abr-jun 2013. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15724/pdf>>. Acesso em 18/04/2014.

BATALDEN, P. Building knowledge for improvement - an introductory guide to the use of FOCUS-PDCA. **Quality Resource Group**, Hospital Corporation of America, Nashville, 1992.

BAYLEY, K.B. *et al.* Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. **Therapeutics and Clinical Risk Management**,

v. 3, n. 4, p. 695703, 2007. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2374944/>>. Acesso 15/09/2014.

BERGKVIST, A. *et al.* Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors - L IMM: Landskrona Integrated Medicines Management. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 65, p. 1037-1046, 2009.

BOHOMOL, E; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26 n. 4, p. 376-381, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em 01/09/2013.

BRASIL. **Resolução – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013**. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.htm)>. Acesso em 01/09/2013.

CALLEGARO, G.D.S. *et al.* Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico, **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, p. 132-142, Fortaleza, jul-set 2010.

CAMPOS, V.F. **TQC**: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês). Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

CARNEIRO F.S. *et al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital Universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n.2, p. 204-211, Rio de Janeiro, abr-jun 2011.

CARNEIRO, M.T.R.; BERTI, H.W. A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 84-92, 2009.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009.

CHANDRAKANTAN, A.; GLASS, P.S. Multimodal therapies for postoperative nausea and vomiting, and pain. **British Journal of Anaesthesia**, n. 1, v. 107, p. 27-40, dec 2011.

CHRISTÓFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43 n. 1, p. 14-22, mar 2009.

CIERCO, A. A. *et al.* **Gestão da qualidade**. 10ª ed. Rio de Janeiro: EdFGV, 2010.

COREN-SP: Gestão 2008-2011. Disponível em <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/4908>>. Acesso em 01/09/2013.

COREN-SP. **Gestão 2008-2011**. Disponível em <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/4908>>. Acesso em 01/09/2013.

COSTA, S.G.R.F. *et al.* Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 32 n. 4, Porto Alegre, dez 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400006>>. Acesso em 10/10/2014.

COSTA, M.E.L.; FARIAS, T.R.C.; OLIVEIRA, P.M.P. Production Science in nursing: focus on pre-surgical care. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v.2 n. 2, p. 55-60, abr-jun 2013.

CURADO, M.A.S.; TELES, J.; MARÔCO, J. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48 n. 1, p. 149-156, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt\\_0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf)>. Acesso em 20/08/ 2014.

DAL SASSO, G.T.M.; SOUZA, M. L. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 20, p. 36-44. Florianópolis, 2011.

DE MATTIA, A.L. *et al.* Diagnósticos de enfermería de complicaciones en la sala de recuperación anestésica. **Enfermería Global**. n.18. p. 1-11. feb 2010.

DEMING, E.W. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DEMING, W.E. **Out of the crisis**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, 1991.

DE VRIES, E.N. *et al.* Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 20. p. 1928-1937, nov 2010.

DICCINI, S.; NOGUEIRA, A. M. C. Remoção do *piercing* no perioperatório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 85- 90, 2008.

ELY, J.W.; GRABER, M.L.; CROSKERRY, P. Checklists to reduce diagnostic errors. **Academic Medicine**. v. 86, n. 3 p. 307-311, 2011. Disponível em <[http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2011/03000/Checklists\\_to\\_Reduce\\_Diagnostic\\_Errors.17.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2011/03000/Checklists_to_Reduce_Diagnostic_Errors.17.aspx)>. Acesso em 16/09/2014

ESHER, A. *et al.* Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/AIDS. **Ciência & Saúde coletiva**. v. 17, n.1 p. 203-214, 2012.

FALCONI, V. **O verdadeiro poder**. Nova Lima: INDG, 2009.

FEGER, J.E.; GUERREIRO, K.M.S.; MORAES, P.E.S. **Curso Gestão de Processos**: uma abordagem teórico-prática. Assessoria de Gestão da Qualidade – HC/UFPR. Curso superior de Tecnologia em Gestão da Qualidade (UFPR), 2012.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 36, n. 4, p. 281-282, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf)>. Acesso em 03/06/2012

FONSECA, R.M.; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, n. 4 p. 428-433, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>>. Acesso em 18/09/2014

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Construção e validação de instrumento de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 11, n. 3, p.245-251, 2002.

GAWANDE, A. **Checklist**: como fazer as coisas benfeitas. Rio de Janeiro: Sextante, 2011.

GILLESPIE, B.M. et al. Developing a model of competence in the operating theatre: Psychometric validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised. **International Journal of Nursing Studies**. v. 49, n. 1, p. 90-101, 2012. Disponível em <<http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020->>. Acesso em 23/09/2013.

GILLESPIE, B.M. et al. Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis **Anesthesiology**. v. 120, n. 6 p. 1380-1389, jun 2014. Disponível em <[http://journals.lww.com/anesthesiology/Abstract/2014/06000/Effect\\_of\\_Using\\_a\\_Safety\\_Checklist\\_on\\_Patient.21.aspx](http://journals.lww.com/anesthesiology/Abstract/2014/06000/Effect_of_Using_a_Safety_Checklist_on_Patient.21.aspx)>. Acesso 11/09/2014.

GOMES, A.P. et al. Ensino de Ciências: Dialogando com David Ausubel. **Revista Ciências&Idéias**. v. 1, n. 1, out-mar 2009-2010. Disponível em <<http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/revistacienciaseideias/article/view/28/david%20def>>. Acesso em 25/08/2014.

GOODMAN, T.; SPRY, C. **Essentials of Perioperative Nursing**. 5. ed. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2013.

GOTARDO J.M.; GALVÃO, C.M. Avaliação da hipotermia no pós operatório imediato. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 10, n. 2, p. 113-121. Fortaleza, abr-jun 2009. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/498>>. Acesso em abril/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**, v. 360, n.5, p. 491-499, jan. 2009.

HORA, H.R.M.; MONTEIRO, G.T.R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Production**. v. 11, n. 2 p. 85-103, 2013. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/9321/8252>>. Acesso em 23/04/2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (JCAHO). **International Patient Safety Goals**, 2008. Disponível em <[www.jcipatientsafety.org/29083/](http://www.jcipatientsafety.org/29083/)>. Acesso em 19/04/2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (JCAHO). **National Patient Safety Goals**. Office-Based Surgery Accreditation Program, jan 2012. Disponível em <[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG\\_Chapter\\_Jan2012\\_OBS.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_Jan2012_OBS.pdf)>. Acesso em 19/04/2014.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons using the Delphi technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53 n. 2, p. 205-212, 2006.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press, 2000

KRONICK, R. Patient Safety: The Agency for Healthcare Research and Quality's Ongoing Commitment. **Journal of Nursing Care Quality**. v. 29, n. 3, p. 195–199. jul-sep 2014. Disponível em <[http://journals.lww.com/jncqjournal/Citation/2014/07000/Patient\\_Safety\\_\\_The\\_Agency\\_for\\_Healthcare\\_Research.1.aspx](http://journals.lww.com/jncqjournal/Citation/2014/07000/Patient_Safety__The_Agency_for_Healthcare_Research.1.aspx)>. Acesso em 01/10/2014.

LANGLEY, J.G. *et al.* **The Improvement Guide** – A Practical Approach to enhancing organizational performance. San Francisco: Josey-Bass A Wiley Company, 1996.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. v. 22, n. 140 p. 1-50, 1932.

LIMA, A.M.; SOUZA, C.S.; CUNHA, A.L.S.M. Patient safety and preparation of the operating room: Reflection study. Revista de Enfermagem **UFPE On Line**. n. 1 p. 289-294, jan 2013. Disponível em <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4047/pdf\\_1923](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4047/pdf_1923)>. Acesso em 23/08/2014.

LOPES, C.M.M.; GALVÃO, C.M. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 18, n. 2. mar-abr 2010. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 18/04/2013.

LYNN, M.R. Detemination and quantificartion of content validity. **Nutrition Research**. v. 35, n. 6 p. 382-385, 1986.

MACHADO, E. C. B. Caracterização de pacientes no pós-operatório imediato segundo a presença de náuseas e vômitos. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 12, n. 2 p. 249-256. abr-jun 2013. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20283/pdf>. Acesso em 19/04/2014.

MAGALHÃES, M.G.P.A. *et al.* Mediastinite pós-cirúrgica em um Hospital Cardiológico de Recife: contribuições para a assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n. 4 p. 865-871, 2012; Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/12.pdf>>. Acesso em 15/09/2014

MARÔCO, J. **Avaliação das qualidades psicométricas de uma escala**. Lisboa: Manuscripto, 2009.

MARQUES, P.F. *et al.* Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 12 n. 2, p. 382-390, abr-jun 2013. <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15724/pdf>>. Acesso em 24/09/2014

MATA, L. R.F.; CARVALHO, E. C. C.; NAPOLEÃO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à Prostatectomia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20 p. 36-44, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea04.pdf>. Acesso em 20/09/2014

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 21, n.4 p. 279-284, 2009.

MENDES, W. *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 59, n. 5. São Paulo, set-out 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>>. Acesso em 05/10/2014.

MENDONÇA, R.S *et al.* A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 53, n. 4 p. 431-435, 2007. Disponível em <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v04/pdf/artigo5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v04/pdf/artigo5.pdf)>. Acesso em 18/04/2014.

MIRANDA, A.F.A *et al.* Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 45, n. 2. Disponível em <<http://www.eeusp.br/reeusp/>>. Acesso em 18/04/2014.

MONTEIRO, F.; SILVA, L.R. "Checklist" Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v. 12, p. 492, 485. Salvador, 2013. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9196/6760>>. Acesso em 05/10/2014.

MORAIS, G.S.N. *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, n.3 p. 323-327, 2009.

NAKREM, S. *et al.* Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice International. **Journal of Nursing Studies**. v. 46 p. 848-857, 2009.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. 3ª ed. Nova Lima: INDG tecnologia e serviços Ltda.,2008. 134 p.

OLIVEIRA, O.J. Gestão da Qualidade: Introdução à História e Fundamentos. In: OLIVEIRA O.J. (Org.). **Gestão da Qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ONG, J. *et al.* Effect of a preoperative instructional digital video disc on patient knowledge and preparedness for engaging in postoperative care activities. **Nurs Clin of North Am**. v. 44, n. 1, p. 103-105, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS)**. Pan-Americana da Saúde, Ministerio da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório técnico. Lisboa: Divisão de Segurança do Doente, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1**. Informe Técnico. WHO, 2009. Disponível em <[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)>. Acesso em abril de 2012.

ORIBE, C. Os 70 anos do Ciclo PDCA. **Revista Banas Qualidade**. n. 209, ano XVII, out 2009.

PAIM, L. *et al.* Desafios à pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 14, n. 2 p. 386-390. abr-jun 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/23.pdf>>. Acesso em 08/09/2014.

PARANAGUÁ, T.T. *et al.* Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. Enfermagem para segurança do paciente. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Yendis; 2009. p. 23-31.

PEDROLO, E. *et al.* A prática baseada em evidências como para prática profissional do enfermeiro. **Revista Cogitare**. v. 14, n. 4 p. 760-763, 2009. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br>>. Acesso em 05/09/2014

PERSEGONA, K.R.; ZAGONEL, I.P.S. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 12, n. 3 p. 430-436, 2008.

PERROCA, M.G. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 19, n. 1 p. 58-66, 2011.

PIRES, M.P.O.; PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 21, n. 5, set-out 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf)>. Acesso em 09/09/2014.

POLIDORO, D.; GUIRARDELLO, E.B. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 2 p. 144-149, mar-abr 2013, pp. 144-149. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026938005>>. Acesso em 07/09/2014

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POVEDA, V. B.; GALVÃO, C. M.; SANTOS, C. B. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intraoperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.17, n. 2 p. 228-233, 2009.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://proqualis.net/>>. Acesso em 21/10/2013.

PYZDEK, T. **The six sigma handbook**. New York: Mc Graw-Hill, 2003.

RAZERA, A.P.R.; BRAGA E.M. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 3 p. 632-637, 2011.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **REBRAENSP**, 2013. Disponível em <<http://www.rebraensp.com.br/quem-somos-8>>. Acesso em 29/10/2013.

RIBEIRO, M.A.S., et.al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 14, n. 1 p. 218-228, 2013. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/54>>. Acesso em 15/09/2014.

RIBEIRO, M.C.O. Dor pós-operatória em pacientes submetidos a craniotomia eletiva. **Revista da Dor**. São Paulo: v.13, n.3 p. 229-234, 2012.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2011.

ROCHA E.S.B.; TREVIZAN, M.A. Quality management at a hospital's nursing service. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 17, n. 2 p. 240-245, 2009.

RODRIGUES, B.G. *et al.* Gerenciamento da assistência de enfermagem: estudo de caso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 5, n. 1 p.253-262, 2014.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 21 n. 1 p.18-26, 2009.

SALAZAR-MAYA, A.M. The intraoperative surgical context. Appreciations from a group of patients and from the nursing team. **Investigación y Educación en Enfermería**. v. 30, n. 3 p. 304-311, 2012.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 97-103. jan-mar 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/14.pdf>>. Acesso em 25/09/2014.

SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 15, n. 58. jan-mar 2013

SAURIN, G.; CROSSETTI, M.G.O. Fidedignidade e validade do Instrumento de Avaliação da Dor em Idosos Confusos – IADIC. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34 n. 4 p. 68-74, 2013.

SCHALACK, W.S.; BOERMEEESTER, M.A. Patient Safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. **Current Opinion in Anesthesiology**. v. 23, p. 754-758, 2010.

SILVA, J.A.; RIBEIRO FILHO, N.P. A dor como problema psico-físico. **Revista da Dor**. São Paulo, v.12 n.2 p.138-151, 2011.

SILVA, J.C. *et al.* A percepção do formando de enfermagem sobre a função gerencial do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 14, n. 2 p. 296-303, 2012.

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**: Práticas Recomendadas. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

SOUZA, A.P.M.A.; SOARES, M.J.G.O.; NÓBREGA, M.M.L. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 3 p. 501-508, 2009. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a06.htm>>. Acesso em 03/10/2014.

SOUZA, L.P. *et al.* Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**. v. 19, n. 1 p- 127, 2011.

SOUZA, P.M.B.B.; QUELUCI, G.C. A arte de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar: considerações para prática assistencial na enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 6, n. 1 p. 153-167. jan-mar 2014. Disponível em <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=16493&about=access#>>. Acesso em 02/10/2014.

SPEROFF, T.; O'CONNOR, G.T. Study designs for PDSA quality improvement research. **Quality Management in Healthcare**. v. 13, p. 17-32, 2004.

TANG, R.; RANMUTHUGALA, G.; CUNNINGHAM, F. Checklists de segurança cirúrgicas: uma revisão. **ANZ Journal of Surgery**. v. 84, n. 3 p. 148-154, mar 2014.

TASE, T.H. *et al.* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 34, n. 2 p. 196-200, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12/09/2014

TAYLOR, M.J. *et al.* Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. **BMJ Quality and Safety**. v. 23, p. 290-298, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002703>>. Acesso em 23/09/2014.

TREADWELL, J.R.; LUCAS, S.; TSOU, A. Y. Surgical Checklists: A Systematic Review Of Impacts And Implementation. **BMJ Quality and Safety**. v. 1, p. 1-20,

2013. Disponível em <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/08/06/bmjqs-2012-001797.full.pdf>>. Acesso em 25/09/2014.

UMANN, J.; GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 1 p. 67-73, jan-mar 2010.

VATS, A.; NAGPAL, K.; MOORTHY, K. Surgery: a risky business. **Journal of Perioperative Practice**. v. 19, n. 10 p. 330-334, 2009.

VIEIRA, A.P.M.; KURCGANT, P. Quality indicators of the management of human resources in nursing: point of view of registered nurses. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 1 p. 11-15, 2010. Disponível <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/02.pdf>>. Acesso em 23/04/2013.

VINCENT, C. **Patient Safety**. 2.ed. London: Elsevier, 2010.

VITURI, D.; ÉVORA, Y.D.M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 22, n. 2 p. 234-240, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3262.2407>>. Acesso em 25/09/2014.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEISER, T.G.; BERRY, W.R. Review article: perioperative checklist methodologies. **Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie**. v. 60, n. 2 p. 136-142. dec 2012. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1007/s12630-012-9854-x#page-1>>. Acesso em 18/09/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Checklists save lives. **Bull World Health Organization**. v. 86, n. 7 p. 501-502, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Taxonomy: The conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report. **World Alliance For Patient Safety**. Genève, 2009. Disponível em <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em 15/06/2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: global priorities for research in patient safety**. Geneva: WHO, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Patient Safety - programme areas**. WHO, 2013. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>>. Acesso em 28/10/2013.

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### AUTORIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA EM SERES HUMANOS

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, de acordo com a Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Uma das vias ficará com você e a outra via com a pesquisadora. Sua assinatura representa a concordância em participar da pesquisa. Você poderá desistir da sua participação a qualquer momento, se assim desejar, sem nenhum dano ou constrangimento, sendo somente necessário a manifestação verbal de sua desistência à pesquisadora. As pesquisadoras colocam-se à disposição para os esclarecimentos neste momento e a qualquer etapa desta pesquisa.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Título do Projeto:** Ações para Segurança ao Paciente nos Períodos Pré e Pósoperatórios.

**Pesquisador Responsável:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ. **Telefone para contato:** (041) 3657-0362 e (041) 8416-8951

**Pesquisador colaborador:** FRANCINE TAPOROSKY ALPENDRE

**Telefone para contato:** (041) 3308-5357 - (041) 9102-1918

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa para o desenvolvimento de ações para segurança do paciente conforme preconizado pelo Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Este estudo tem como objetivo elaborar e padronizar uma lista de verificação para o pré e pós-operatório em hospital de ensino.

Os dados se destinarão a elaboração de trabalho de pesquisa do Departamento de Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Está garantido o sigilo e anonimato do pesquisado e da instituição de origem.

O estudo justifica-se pela necessidade em dar continuidade ao Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas preconizado pela OMS iniciado no Centro Cirúrgico Central do HC-UFPR, ampliando as ações para às Unidades Cirúrgicas de Internação, durante os períodos pré e pós-operatórios, atuando assim para a viabilização de ações de segurança para o paciente cirúrgico e contribuindo para manutenção da qualidade do cuidado prestado.

Rúbricas  
Participante da Pesquisa ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador  
responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba – PR – CEP: 80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de 2 oficinas e 3 reuniões do colegiado da Unidade Cirúrgica (UCIR) para construção e avaliação coletiva deste instrumento em forma de *checklist* de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatório. Para tanto, terá que comparecer no auditório do 8º andar para as oficinas e reuniões agendadas, as quais serão comunicadas, previamente, pelas pesquisadoras. Esses encontros terão duração aproximada de 60 minutos.

Caso você integre o Comitê de Especialistas, deverá preencher o formulário para avaliação e validação do *checklist* de segurança cirúrgica. Os instrumentos de avaliação e validação serão encaminhados por correio eletrônico e você terá um período, acordado previamente, para a devolução.

É possível que você experimente algum desconforto em preencher os formulários para avaliação e validação do instrumento proposto e ou, em participar das oficinas e reuniões.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são:

1. Elaborar, avaliar e validar instrumento que reúna informações imprescindíveis à segurança do paciente cirúrgico;
2. Contribuir para ações de segurança do paciente por meio do monitoramento da sua condição e evolução, com detecção precoce de intercorrências e planejamento das intervenções de enfermagem;
3. Aperfeiçoar a comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde sobre o atendimento prestado ao paciente cirúrgico, por meio da utilização do referido instrumento.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos (endereço e contato abaixo).

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar ao pesquisador que lhe devolva o termo de consentimento livre e esclarecido assinado

Rúbricas Participante da Pesquisa ou responsável legal _____ Pesquisador responsável _____ Orientador _____ Orientado _____
--

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba – PR – CEP: 80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br
--

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Drehmer de Almeida Cruz (orientadora deste Projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem) e a pesquisadora responsável Francine Taporosky Alpendre (enfermeira da UCIR e mestranda do Curso Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR), Dr<sup>a</sup> Vivian do Rocio Walach (gerente da UCIR) e Solange dos Anjos Cravo F. Bettini (supervisora médica da UCIR).

No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Os contatos dos pesquisadores são: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Drehmer de Almeida Cruz professora/orientadora do Programa de Pós-graduação de Enfermagem - Mestrado Profissional, fones: (41)3657-0362 ou (41)8416-8951; **elainedrehemrcruz@gmail.com** e a Enf.<sup>a</sup> MSc. Francine Taporosky Alpendre, fones: (41) 3308-5357 ou 9102-1918; **franalpendre@gmail.com**, na Av. Lothario Meissner, 632, bloco didático II, Jardim Botânico, de segunda à sexta-feira, no horário das 08:00 às 16:00 horas, para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rúbricas  
Participante da Pesquisa ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba – PR – CEP: 80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br.

Eu \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação em qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Local e data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

Local e data

Rúbricas Participante da Pesquisa ou responsável legal _____ Pesquisador responsável _____ Orientador _____ Orientado _____
--

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba – PR – CEP: 80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br.
---

## APÊNDICE 2 – PLANO DE AÇÃO



Assessoria de Gestão da Qualidade

**PLANO DE AÇÃO - 5W2H**

Unidade Gerencial:	UCR	Serviço:	Responsável:	GERÊNCIA DA UCR, SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM E GIQ	QUALIFIC?	QUANDO?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUALIFIC?	BASE CICLO PDCA (avaliar fase)
Data de Elaboração:	13/04/2013											
Motivo:	Elaborar "checklist" com base no Programa Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS para as perdas pré e pós-operatórias para ser aplicado nos pacotes mínimos na UCR											
O QUÊ?	POB QUÊ?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	QUALIFIC?	ONDE?	QUANDO?	QUALIFIC?	QUANDO?	QUALIFIC?	BASE CICLO PDCA (avaliar fase)
Elaborar "checklist" para segurança cirúrgica nos períodos pré e pós-operatório	Para garantir ações de Segurança do Paciente, equipe multidisciplinar e equipe multidisciplinar para identificação de riscos	Constituir a primeira versão de instrumento, por meio de discussões entre a equipe multidisciplinar de saúde que presta assistência ao paciente cirúrgico	Equipe multidisciplinar	Manter Serviços da UCR	até Agosto/2013							
Elaborar "checklist" para segurança cirúrgica nos períodos pré e pós-operatório	Completar versão do Programa Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS no âmbito da UCR	Constituir a primeira versão de instrumento, por meio de discussões entre a equipe multidisciplinar de saúde que presta assistência ao paciente cirúrgico	Enf. Francine	Manter Serviços da UCR	Até setembro/2013							
Aprovar a primeira versão de Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios	Divulgar instrumento elaborado de forma coletiva e fazer as adequações necessárias	Aprovar o checklist proposto em reunião de categoria e planejar a realização de teste piloto nos unidades UCR	Enfermeira Francine	Manter Serviços da UCR	Até setembro/2014							

Plano de Ação 5W2H



**PLANO DE AÇÃO - 5W2H**

Unidade Gerenciada: UCR Serviço: Serviços

Data de Elaboração: 09/05/2013 Responsável: Gerência da UCR e GD

Métrica: Implantar a Ciberclínica com base no Programa Diagnóstico Exames Externos/Vírus do DMS nos pontos de pré e pós-operatório em 100% das unidades clínicas integrantes da UCR.

DESCRIÇÃO	FUNDAMENTO	CAUSAS	EFEITOS	IMPACTO	DATA DE INÍCIO	DATA DE TÉRMINO	RESPONSÁVEL	ORÇAMENTO	STATUS	AVANÇO EM %	FAZENDO: PODEA (semelhante a PDCA)
Realizar teste piloto de ciberclínica	Identificação de pontos críticos e distribuição de instrumentos que necessitam atualização	Identificação de pontos críticos e distribuição de instrumentos que necessitam atualização	Realização de teste piloto de ciberclínica com 100% dos pontos críticos submetidos a cirurgia eletiva na UCR.	Entendimento de cada Serviço	Meio Bônus	até 04/02/14	Meio Bônus	até 04/02/14	Meio Bônus	até 04/02/14	
Atualização de teste piloto de ciberclínica	Identificação de pontos críticos e distribuição de instrumentos que necessitam atualização	Identificação de pontos críticos e distribuição de instrumentos que necessitam atualização	Realização de teste piloto de ciberclínica	Entendimento dos Serviços	Realização de Diagnóstico	até 15/05/2014	Realização de Diagnóstico	até 15/05/2014	Meio Bônus	até 15/05/2014	
Realizar atualizações de instrumentos de diagnóstico	Medição e controle Programa Diagnóstico Exames Externos/Vírus do DMS para os pontos de pré e pós-operatório	Medição e controle Programa Diagnóstico Exames Externos/Vírus do DMS para os pontos de pré e pós-operatório	Elaboração de protocolos	Equipe multiprofissional	Realização da Diagnóstico UCR	Até 04/05/2014	Realização da Diagnóstico UCR	Até 04/05/2014	Meio Bônus	até 04/05/2014	
Realizar treinamento com equipe	Recomendações de Programa Diagnóstico Exames Externos/Vírus do DMS	Recomendações de Programa Diagnóstico Exames Externos/Vírus do DMS	Elaboração de protocolos	Equipe de Enfermagem	Meio Bônus	até 08/05/14	Meio Bônus	até 08/05/14	Meio Bônus	até 08/05/14	
Implantar a ciberclínica proposta em pré e pós-operatório em 100% dos pontos críticos integrantes da UCR.	Atualização de teste piloto de ciberclínica	Atualização de teste piloto de ciberclínica	Atualização de teste piloto de ciberclínica em pré e pós-operatório de cada unidade integrante da UCR.	Equipe de Enfermagem	Meio Bônus	até 15/05/14	Meio Bônus	até 15/05/14	Meio Bônus	até 15/05/14	
Atualizar sistema	Atualização de teste piloto de ciberclínica	Atualização de teste piloto de ciberclínica	Atualização de teste piloto de ciberclínica	TI UCR	Meio Bônus	até 05/2015	Meio Bônus	até 05/2015	Meio Bônus	até 05/2015	

## APÊNDICE 03 – DESENHO PRELIMINAR DA VERSÃO 01 DO CHECKLIST



### FICHA DE VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA

#### I) IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Data de admissão na Unidade de Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cirurgia Prevista/Local: \_\_\_\_\_ Lado: Dir.  Esq.  Bilateral  NSA

II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO CIRÚRGICO (PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO: 24 HORAS ANTES DA CIRURGIA)		
1. Paciente está com pulseira de identificação	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
2. Paciente têm liberação anestésica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
3. Paciente tem alergia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especifique:
4.		
5. Paciente está em jejum	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
6. Realizado preparo pré-operatório prescrito ou de rotina do serviço para cirurgia proposta (conforme P.O.P.)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Tricotomia <input type="checkbox"/> lavagem intestinal <input type="checkbox"/> higiene corporal e oral <input type="checkbox"/> banho com sabão antisséptico <input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____
7. Foram retirados roupa íntima, acessórios, próteses e guardados pertences pessoais	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Prótese Dentária <input type="checkbox"/> Prótese Ocular <input type="checkbox"/> Outros: _____
8. Sem esmalte nas unhas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SA	Obs: _____
9. Paciente com vestimenta hospitalar específica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SA	Obs:
10. TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Paciente foi orientado previamente sobre a cirurgia SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
11. TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTESIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
12. Ficha de avaliação e liberação anestésica preenchida pelo anestesista	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
13. Sítio cirúrgico marcado pelo médico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
14. Exames de imagem disponíveis	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
15. Prontuário do paciente está separado no Posto de Enfermagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:
16. Ficha de visita de enfermagem pré-operatória preenchida	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs:



Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M 

Data de admissão na Unidade de Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirurgia Prevista/Local: \_\_\_\_\_ Lado: Dir.  Esq.  Bilateral  NSA 

<b>IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO – APÓS AS PRIMEIRAS 24 HORAS DA CIRURGIA (1º PO E SEMANALMENTE ATÉ A ALTA HOSPITALAR)</b>		
1. DOR que não responde a medicação analgésica prescrita	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especificar conduta: _____
2. Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> Respirador Mecânico <input type="checkbox"/> Névoa úmida <input type="checkbox"/> Oxigenioterapia por catéter <input type="checkbox"/> Outros
3. Alterações gastro-intestinais	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia- Especificar quantos dias: _____ <input type="checkbox"/> Constipação- Especificar quantos dias: _____
4. Alterações nos sinais vitais	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia
5. COMPLICAÇÕES	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____ _____ _____ _____

Assinatura ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M 

Data de admissão na Unidade de Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirurgia Prevista/Local: \_\_\_\_\_ Lado: Dir.  Esq.  Bilateral  NSA 

V) MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR		
1. Paciente em Bom Estado Geral (BEG)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quando não, especifique: _____ _____
2. Ferida cirúrgica em processo normal de cicatrização	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____ _____
3. Ferida Cirúrgica aberta para fechar por segunda intenção – Sem presença de sinais infecciosos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____ _____
4. Ferida Cirúrgica com sinais infecciosos (hiperemia, rubor ou drenagem de secreção)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____ _____
5. Presença de dispositivos externos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica (SNG) <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Sonda Nasoentérica (SNE) <input type="checkbox"/> Bolsa de Colostomia <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora (SVD) <input type="checkbox"/> Outros dispositivos
6. Realizado contato com familiares e/ou com assistente social para providenciar ambulância ou outro transporte para fora do município.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____ _____
7. Fornecido orientações para cuidados domiciliares ao paciente e/ou familiares	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> orientações sobre medicações <input type="checkbox"/> cuidados com curativo em sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> sinais e sintomas de complicações pós-operatórias <input type="checkbox"/> incentivo ao autocuidado <input type="checkbox"/> orientações para cuidados pós-operatórios relacionados à cirurgia realizada e/ou dispositivos externos <input type="checkbox"/> retorno ambulatorial para reavaliação clínica e retirada de pontos
8. Alta para:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Casa de repouso/Asilo <input type="checkbox"/> Transferência para outro serviço dentro da própria Instituição hospitalar <input type="checkbox"/> Transferência para outra instituição hospitalar <input type="checkbox"/> Com orientações para continuação de cuidados na Unidade de Saúde

Assinatura ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4 – VERSÃO 1 DO CHECKLIST



### FICHA DE VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA

**I) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Enfermaria/ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data internamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cirurgia /Local: \_\_\_\_\_ Lado: Dir.  Esq.  Bilateral  NSA

II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO	III) RETORNO DO PACIENTE DO C.C. PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO)
1. Termo de consentimento para cirurgia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1. SSVV estáveis <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Termo de consentimento para anestesia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	2. Nível de consciência <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Consciente <input type="checkbox"/> semi-consciente <input type="checkbox"/> sonolento
3. Avaliação e liberação anestésica <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	3. Paciente refere ou demonstra dor aguda <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Obs: _____
4. Ficha de visita de enfermagem pré-operatória <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Anestesia realizada <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Geral <input type="checkbox"/> Local Raquidiana <input type="checkbox"/> Plexular Peridural <input type="checkbox"/> Sedação
5. Exames de imagem <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	5. Condições da Pele e Perfusão tecidual de extremidades <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO normocorada <input type="checkbox"/> sudorese hipocorada <input type="checkbox"/> hematoma / equimose ferimento / queimaduras
6. Prontuário <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Sistemas de drenagem <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Sonda Vesical de demora <input type="checkbox"/> Drenos Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/>
7. Preparo pré-operatório de rotina <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Curativo Cirúrgico <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Sem sangramento Com sangramento
8. Pulseira de identificação <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade dos membros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Paresia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Paralisia MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MMS <input type="checkbox"/> MMII
9. Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Prescrição Médica pós-operatória no prontuário <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Avisado médico responsável? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Sítio cirúrgico marcado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	10. Ficha de Enfermagem trans-operatório e REPAI preenchidas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Intercorrência intraoperatória _____ Intercorrência REPAI _____ Outras _____
11. Jejum mínimo de 8 horas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Acesso venoso permeável <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Cateter periférico <input type="checkbox"/> Cateter central _____ Outros: _____
12. Paciente informa ser alérgico <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Ausência de náusea e vômito <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Obs: _____
13. Observações _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Recomendação especial <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Especifique: _____
14. Responsável: Data: _____ Hora: _____	14. Responsável: Data: _____ Hora: _____

IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (24 APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR)										
Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia								
Sistema Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação
Sistema Circulatório	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia
Ferida Cirúrgica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem
Outras Complicações	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa
Identificação Profissional	Nome COREN Data	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**V) TRANSFERÊNCIA / ALTA HOSPITALAR**

1. Paciente em Bom Estado Geral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Outros dispositivos: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Avaliação de Ferida Cirúrgica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Fornecido Orientações para cuidados domiciliares e retorno ambulatorial _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Limpa em Cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infetada			

Nome da Enfermeira: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 5 – VERSÃO 2 DO CHECKLIST



### FICHA DE VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA

**I) IDENTIFICAÇÃO:**

 Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Enfermaria/ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cirurgia /Local: \_\_\_\_\_ Lado: Dir.  Esq.  Bilateral  NSA 

II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO		III) RETORNO DO PACIENTE DO C.C. PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO)	
1. Termo de consentimento para cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1. Nível de consciência	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> semi-consciente <input type="checkbox"/> sonolento
2. Termo de consentimento para anestesia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	2. SSVV estáveis	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Avaliação e liberação anestésica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	3. Náusea e vômito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Ficha de visita de enfermagem pré-operatória	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Tipo de anestesia realizada	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raquidiana <input type="checkbox"/> Plexular <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Sedação
5. Exames de imagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	5. Condições da Pele e Perfusão tecidual de extremidades	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> normocorada <input type="checkbox"/> sudorese <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> hematoma / equimose <input type="checkbox"/> ferimento / queimaduras
6. Prontuário	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Sistemas de drenagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de demora <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/>
7. Preparo pré-operatório de rotina	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Curativo Cirúrgico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Sem sangramento <input type="checkbox"/> Com sangramento
8. Pulseira de identificação	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade dos membros	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII
9. Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Prescrição Médica pós-operatória no prontuário	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Avisado médico responsável? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Sítio cirúrgico marcado	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	10. Ficha de Enfermagem trans-operatório e REPAI preenchidas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Intercorrência intraoperatória <input type="checkbox"/> Intercorrência REPAI <input type="checkbox"/> Outras _____
11. Jejum mínimo de 8 horas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Acesso venoso permeável	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter periférico <input type="checkbox"/> Cateter central <input type="checkbox"/> Outros: _____
12. Paciente informa ser alérgico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Paciente refere ou demonstra dor aguda	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Obs: _____
13. Observações _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Recomendação especial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Especifique: _____
14. Responsável: Data: _____	Hora: _____	14. Responsável: Data: _____	Hora: _____

**IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (24 APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR)**

Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia							
Sistema Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação
Sistema Circulatório	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia
Ferida Cirúrgica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais Flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem
Outras Complicações	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Sinais TEV <input type="checkbox"/> Sinais TEP <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Reação Adversa
Identificação Profissional	Nome COREN Data	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**V) TRANSFERÊNCIA / ALTA HOSPITALAR**

1. Paciente em Bom Estado Geral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Outros dispositivos: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Avaliação de Ferida Cirúrgica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Limpa em Cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infectada Fornecido Orientações para cuidados domiciliares e retorno ambulatorial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Nome da Enfermeira: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 6 – DIÁRIO DE CAMPO DA PRIMEIRA OFICINA

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

**Data:** 06 /03 / 2014

**Hora início:** 10:00 horas      **Hora término:** 11:10 horas

**Local:** Auditório do Serviço de Ortopedia – 6 ° andar

Feito convite para 14 enfermeiras, sendo 12 enfermeiras das unidades cirúrgicas, mais a supervisora de enfermagem e a gerente da UCIR para a primeira oficina de elaboração, discussão e aprovação de teste piloto do instrumento.

Compareceram 10 enfermeiras, sendo 8 das clínicas de internação, mais a supervisora e a gerente da UCIR. Faltaram 4 enfermeiras.

### **Atividades/ Situações vivenciadas/ Reconstrução do diálogo (palavras, gestos, expressões faciais)**

Inicialmente foi retomado o exposto em reunião de maio de 2013, ou seja, as participantes foram informadas que o referido projeto fazia parte do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem (PPGENF) da UFPR e estava de acordo com o com o Plano de Ação apresentado no Colegiado Gestor da UCIR Utilizado projetor de multimídia, figuras ilustrativas para explanação de dados estatísticos mundiais sobre os erros e eventos adversos decorrentes após procedimentos cirúrgicos e que levaram a OMS criar o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, que tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade causada pelos procedimentos cirúrgicos.

Apresentado o histórico do teste piloto realizado pela OMS em oito países do *checklist* criado para uso específico em Centros Cirúrgicos, com a finalidade de identificar itens mais significativos de risco e reduzir a ocorrência de danos ao paciente; demonstrado quais foram os resultados adquiridos antes e após o uso deste instrumento em prol da segurança do paciente, conforme publicado pela OMS no *The New England Journal of Medicine* em janeiro de 2009 e que comprovou, por meio de dados estatísticos, a redução da morbidade e mortalidade na população global após sua utilização.

Durante a oficina foram dadas informações atualizadas sobre o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS lançado em 2009, dados estatísticos mundiais das cirurgias realizadas e das complicações pós-operatórias e sobre as ações que este programa recomenda para que os profissionais de saúde possam promover assistência qualificada e segura. Informado que checklist do referido programa está indicado para utilização no Centro Cirúrgico em três momentos: Antes da indução anestésica, Antes de iniciar a cirurgia e Antes do paciente sair da sala cirúrgica.

Informado que atualmente, após o sucesso do *checklist* deste programa da OMS, outros instrumentos para área da saúde estão sendo desenvolvidos, em forma de *checklist* e para aplicação na prática assistencial como por exemplo: Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido. Foi justificado para as enfermeiras presentes que o HC-UFPR faz uso deste instrumento no Centro Cirúrgico, mas que até o momento, não existia um instrumento que contemplasse os períodos pré e pós-operatórios, de maneira a atender os objetivos deste referido programa e com a checagem de indicadores essenciais para segurança do paciente nas unidades de internação.

Fornecido orientações atualizadas relacionadas ao Brasil, onde o tema do Segundo Desafio Global da OMS (Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas) está sendo desenvolvido junto à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde (ANVISA, 2013).

Demonstrado a importância e a urgência em cumprir as legislações vigentes após a explicação sobre as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado por meio da Portaria nº529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e sobre a Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013). Enfatizado também outras iniciativas importantes relacionadas à segurança do paciente envolvendo enfermeiros como a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela OPAS, em 2005 e da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), em 2008.

Após explanado sobre a justificativa e importância deste estudo, bem como em desenvolver o Plano de Ação proposto no ano anterior, as enfermeiras foram lembradas sobre as metas gerenciais da UCIR e o fato de que já tinham realizado

o levantamento de problemas relacionados ao paciente cirúrgico, além de terem fornecido as primeiras sugestões sobre os principais cuidados que deveriam ser prestados aos pacientes cirúrgicos nos períodos pré e pós-operatórios.

A partir destas sugestões, que foram provenientes da experiência destas enfermeiras e das recomendações do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS, foi elaborado pela pesquisadora, a Versão 1 distribuída entre as participantes da reunião. Após o fornecimento da cópia deste instrumento foi proposto a sua reformulação. Depois da discussão entre os pares e das novas sugestões das participantes, foi elaborado a versão 02 do instrumento e informado sobre sua utilização na prática assistencial, por meio de teste piloto, pelo período de 60 dias. Depois desta fase, foi dito que este checklist seria reavaliado e readequado pelas enfermeiras participantes para dar origem a versão 03, com vistas à sua posterior validação por comitê de especialistas.

Como estavam presentes nesta oficina a professora orientadora deste projeto de pesquisa e a gerente da UCIR, foi ressaltado que a elaboração participativa de um novo instrumento e sua implementação na prática assistencial, poderia contribuir para diminuição de riscos e danos ao paciente cirúrgico e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Durante a apresentação, observou-se que as enfermeiras convidadas ficaram assustadas com os dados estatísticos mundiais sobre as complicações pós-operatórias e ao saberem que metade destas complicações são consideradas evitáveis. Demonstraram expressões faciais de espanto quando confrontadas com a ocorrência dos eventos adversos, como também expressões faciais de aceitação e interesse sobre o assunto, verbalizando que gostariam de participar do estudo. Após esta explanação, foi feito o convite formal para as enfermeiras presentes para que participassem da pesquisa e assinassem o TCLE.

### **Dúvidas**

Tendo em mãos a Versão 1 do checklist as enfermeiras, apresentaram dúvidas com relação ao seu preenchimento, pois foi o primeiro contato com o instrumento proposto; apresentaram dúvidas em relação aos momentos em que deveriam realizar a avaliação do paciente. Foi então explicado que o checklist apresentava 5 categorias, as quais deveriam ser preenchidas em tempos distintos:

identificação do paciente e procedimento cirúrgico (categoria I), pré-operatório (categoria II), pós-operatório imediato - primeiras 24 horas (categoria III), pós-operatório mediato - 24 horas após a cirurgia e sempre que necessário (categoria IV) e momento da alta hospitalar (categoria V).

### **Imprevistos e Desafios**

O desafio esteve relacionado ao fato de que toda mudança gera certa resistência no ambiente de trabalho e em aprender a organizar o tempo para que o preenchimento deste novo instrumento pudesse se tornar efetivo e habitual na prática do cuidar.

### **Pontos de clarificação** (explicações de situações confusas)

Foi perguntado em que momentos, após as primeiras 24 horas da cirurgia, deveriam ser realizadas a avaliação do paciente, pois os procedimentos cirúrgicos e o tempo de internação são variáveis nas unidades envolvidas. Foi então aprovado pelo grupo que a avaliação do pós-operatório mediato deveria ser feita 24 horas após a cirurgia, assim que possível pela enfermeira; depois definida a recomendação de que a avaliação deveria ser semanal, até o momento da alta ou sempre que houvesse necessidade desta avaliação pela enfermeira, mediante a presença de sinais e sintomas que demonstrassem a necessidade de alerta, acompanhamento ou intervenção.

### **Informações trazidas da prática profissional ou solicitadas pelas participantes**

As enfermeiras, após a explanação do projeto de pesquisa, compartilharam situações vivenciadas na prática profissional que lhes trouxeram preocupações e sobre as complicações que os pacientes cirúrgicos apresentavam nos períodos pré e pós-operatórios. A pesquisadora e a professora orientadora do projeto esclareceram novamente que a avaliação pós-operatória, ou seja, depois das primeiras 24 horas (categoria IV do instrumento), deveria ser realizada conforme avaliação da enfermeira, em relação ao tempo médio de permanência do paciente; tipo de cirurgia realizada e/ou quando detectado sinais e sintomas de intercorrências e complicações. No caso de pacientes que apresentassem longa permanência hospitalar foi sugerido que a avaliação fosse realizada de modo

semanal ou sempre que necessária. Foi enfatizado que o instrumento seria submetido a teste piloto e iriam surgir novas dúvidas, como também valiosas sugestões para aperfeiçoá-lo.

**Análise do que foi observado pela pesquisadora durante a oficina, de modo a articular o referencial teórico com o contexto da realidade social**

Ao analisar as demonstrações faciais e verbais das enfermeiras participantes, observou-se expressões de espanto e indignação ao serem confrontadas com os diversos casos de eventos adversos relacionados aos cuidados de enfermagem e complicações cirúrgicas mostrados, os quais resultaram em graves consequências e até óbitos aos pacientes, e que já foram amplamente divulgados pela mídia, com repercussão na sociedade e impacto nacional.

Abordado e discutido sobre aspectos éticos relacionados à assistência de enfermagem, importância de ações que visam a melhoria contínua da prática profissional e como a elaboração e aplicação prática do checklist de segurança cirúrgica proposto para uso nas unidades de internação poderiam resultar em benefícios para o paciente, para os profissionais de saúde envolvidos neste processo e para a instituição.

## APÊNDICE 7 - DIÁRIO DE CAMPO DA SEGUNDA OFICINA

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: 16 /05 / 2014

Hora início: 11:00 horas      Hora término: 12:15 horas

Local: Auditório do Serviço de Ortopedia – 6 ° andar

Feito convite para 14 enfermeiras, sendo 12 das unidades cirúrgicas mais a supervisora e gerente da UCIR, via e-mail e telefone, para a segunda oficina após realização de teste piloto do instrumento intitulado: Checklist de Segurança Cirúrgica Pré e Pós-operatório.

Estiveram presentes 13 enfermeiras participantes do estudo, sendo 11 das unidades de internação, mais a supervisora e gerente da UCIR. Houve uma enfermeira que não participou desta oficina.

### **Atividades/ Situações vivenciadas/ Reconstrução do diálogo (palavras, gestos, expressões faciais)**

Para apresentação dos dados estatísticos foi realizada apresentação utilizando os recursos de retroprojeter, exposição dos dados em programa Powerpoint. Foi relacionado o número de checklist de segurança cirúrgica pré e pós-operatório avaliados, por unidade de internação. Foi abordada sobre a qualidade do preenchimento de cada instrumento e informado que os problemas verificados em relação a este indicador seriam discutidos posteriormente e individualmente com as enfermeiras participantes do estudo, durante a semana seguinte, para não extrapolar o horário previsto para realização da oficina.

Durante a apresentação destes dados observou-se expressões faciais de expectativa, satisfação e as vezes de frustração quando não foi atingida a porcentagem satisfatória quanto à qualidade de preenchimento. Em geral, verificou-se expressão facial de aceitação e verbalização, por parte das enfermeiras, sobre a importância do instrumento proposto em prol da segurança do paciente cirúrgico e sua real viabilidade para aplicação na prática profissional. Informaram que com o passar dos dias se apropriaram melhor do checklist, ficando mais fácil e rápido fazer

as avaliações. Identificaram que o checklist ofereceu informações imprescindíveis sobre o paciente cirúrgico, de forma a proporcionar melhor qualidade do cuidado e possibilidade da mensuração dos dados para melhor gerenciamento da qualidade dos serviços prestados na unidade cirúrgica, além da sua utilização para futuros estudos científicos.

### **Dúvidas**

As dúvidas relacionavam-se aos pacientes que, por motivos da gravidade da doença ou por complicações cirúrgicas, permaneciam internados por longo tempo. Pela experiência destas enfermeiras, a avaliação semanal ou quinzenal era suficiente, desde que o paciente não apresentasse novas intercorrências neste período.

### **Imprevistos e Desafios**

Em relação ao preenchimento da categoria III sobre o período de Pós-Operatório Imediato (primeiras 24 horas), as enfermeiras afirmaram que é fundamental que esta avaliação ocorra, contudo houve falhas em alguns registros, isto ocorreu em virtude do esquecimento em retirar o checklist do prontuário quando o paciente chegava na unidade cirúrgica. Esta situação foi explicada da seguinte forma: mesmo sendo prática habitual a realização deste tipo de avaliação, às vezes as enfermeiras esqueciam de retirar o instrumento do prontuário para registro e mantê-lo no posto de enfermagem, para realização das demais avaliações do paciente até a alta hospitalar.

O imprevisto que mereceu destaque esteve relacionado à categoria IV relacionada ao período de Pós-Operatório Mediato (POM) porque foi o momento em que houve menos preenchimento por parte das enfermeiras participantes do estudo. Conclui-se que do total de 450 pacientes, permaneceram no POM 224 e dentre estes a maioria não apresentaram alterações no pós-operatório, contudo em outros casos, esta etapa não foi preenchida por esquecimento da enfermeira, como relatado anteriormente.

Observou-se nos discursos das enfermeiras, a necessidade de mudança cultural e comportamental das enfermeiras participantes do estudo para registrar efetivamente os indicadores de segurança no atendimento ao paciente cirúrgico.

Em contrapartida, na opinião das enfermeiras as equipes de auxiliares e técnicos de enfermagem costumam realizar os registros que estão sob sua responsabilidade, de forma contínua e detalhada nas anotações de enfermagem. Foi discutido que é necessário respeitar a individualidade de cada profissional, enfatizado que o conhecimento prévio e as experiências práticas assistenciais anteriores são muito importantes. Foi também discutido que, para alcançar a melhoria contínua na assistência prestada ao paciente cirúrgico, torna-se necessário mudar a prática, utilizar outras técnicas ou outros métodos de trabalho, como também novos instrumentos para implementação de ações com ênfase à segurança do paciente.

### **Pontos de clarificação (explicações de situações confusas)**

As enfermeiras participantes do estudo mostraram preocupação em relação aos pacientes que necessitam passar o pós-operatório imediato nas unidades de terapia intensiva (UTI). Deste modo, a categoria IV (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO) do checklist de segurança cirúrgica nem sempre vinha preenchido, situação que era verificada no momento em que o paciente retornava para a unidade de internação de origem. Foi informado que o instrumento ainda estava em fase de teste piloto e passível de futuras adaptações. Destacou-se o fato de que os outros serviços, que não faziam parte da UCIR, mas não havia no momento reforço à adesão dos outros setores.

Quando este instrumento for aprovado pelas enfermeiras participantes do estudo e pelo colegiado gestor da UCIR será estruturado o Plano Operacional Padrão (POP) para uso na instituição, junto com a gerência da UCIR e Diretoria de Enfermagem. A partir desta ocasião, nova reunião será realizada com a participação da AGQ e UCIR, para conscientização de todos os profissionais envolvidos no processo de atendimento ao paciente cirúrgico.

### **Informações trazidas da prática profissional ou solicitadas pelas participantes**

As informações trazidas da prática profissional e após a aplicação do instrumento no período do teste piloto aperfeiçoaram o instrumento em sua Versão 2, principalmente na sua Categoria IV referente ao pós-operatório imediato (após as

24 horas do procedimento cirúrgico). As enfermeiras participantes disseram que não havia necessidade de tantas colunas para esta avaliação, tal como na Versão 1. Tal fato justificava porque, geralmente, os pacientes cirúrgicos não permanecem muito tempo internados.

Referiram que estavam faltando itens importantes relacionados às complicações no pós-operatório, os quais eram fundamentais no planejamento da assistência; para que sejam tomadas condutas efetivas para o cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico e para o levantamento de informações essenciais para direcionar o diagnóstico de enfermagem, o diagnóstico e condutas da equipe médica, bem como dos demais integrantes da equipe multiprofissional de saúde. Com a colaboração das enfermeiras participantes do estudo, no transcorrer do teste piloto e nas visitas individuais em cada unidade pesquisada, foram realizadas algumas modificações no instrumento e foi criada a Categoria V, nominada de COMPLICAÇÕES, categoria que contém indicadores referentes às intercorrências no período pós-operatório (imediate e mediato) e que merecem registro e gerenciamento efetivo.

### **Análise do que foi observado pela pesquisadora durante a oficina, de modo a articular o referencial teórico com o contexto da realidade social**

Durante a realização do teste piloto a pesquisadora verificou que o instrumento foi paulatinamente aplicado conforme a repetição das ações de avaliações executadas pelas enfermeiras participantes do estudo. Nenhuma informação foi retirada do instrumento, foram sim acrescentadas, na medida em que houve necessidade verificada durante a prática assistencial.

Conforme a recomendação da OMS existe necessidade emergente de registrar dados relacionados a assistência prestada ao paciente cirúrgico e complicações indesejáveis que podem ocorrer no pós-operatório. Segundo publicações científicas em artigos nacionais e internacionais verifica-se que ações como a elaboração de *checklist*, nas diferentes áreas de atuação de saúde, possibilitam a checagem de itens essenciais para a segurança do paciente de forma rápida, objetiva, de baixo custo e de aplicabilidade prática, prevenindo erros e eventos adversos indesejáveis.

## APÊNDICE 8 – VERSÃO 3 DO CHECKLIST



### CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

**I) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Enfermaria/Leito: \_\_\_\_\_  
 Data internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cirurgia /Local: \_\_\_\_\_ Lado:  Dir.  Esq.  Bilateral  NSA

II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO		III) RETORNO DO PACIENTE DO C.C. PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO)		Data e Hora:
1. Termo de consentimento para cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1. Nível de consciência	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Semiconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choro
2. Termo de consentimento para anestesia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	2. SSVV estáveis	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
3. Avaliação e liberação anestésica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	3. Náusea / Vômito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
4. Ficha de visita de enfermagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Tipo de anestesia realizada	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raquidiana <input type="checkbox"/> Plexular <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Sedação
5. Exames de imagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	5. Condições da pele e Perfusão tecidual de extremidades	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> normocorada <input type="checkbox"/> sudorese <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> hematoma / equimos <input type="checkbox"/> ferimento / queimaduras
6. Prontuário	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Sistemas de drenagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Dreno _____ <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Ostomias
7. Preparo pré-operatório de rotina	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Curativo Cirúrgico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sem sangramento <input type="checkbox"/> Com sangramento
8. Pulseira de identificação	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade dos membros	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Paralis <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII
9. Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Prescrição Médica pós-operatória	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Avisado médico responsável? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Sítio cirúrgico marcado	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	10. Ficha de Enfermagem transoperatório e REPAI preenchidas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Intercorrência Intraoperatório _____ <input type="checkbox"/> Intercorrência REPAI _____ <input type="checkbox"/> Outras _____
11. Jejum mínimo de 8 horas Obs: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Acesso venoso permeável	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Cateter periférico <input type="checkbox"/> Cateter central _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
12. Informa alergia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Paciente refere ou demonstra dor aguda	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Cateter peridural para analgesia
13. Observações	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Recomendação especial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especifique: _____
Identificação e COREN: _____		Identificação e COREN: _____		
Data: _____ Hora: _____		Data: _____ Hora: _____		

IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (24 APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR)					V) COMPLICAÇÕES
DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Tempo de pós-operatório	PO	PO	PO	PO	<input type="checkbox"/> TEV ____/____/____
Dor	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> TEP ____/____/____ <input type="checkbox"/> Queda ____/____/____
Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento ____/____/____ <input type="checkbox"/> Anemia/transfusão sanguínea ____/____/____
Sistema Digestório e Urinário	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Reação adversa a medicamentos ____/____/____ Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Reação adversa a hemoderivados ____/____/____ <input type="checkbox"/> Infecção de Sítio Cirúrgico ____/____/____
Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Infecção de Trato Respiratório ____/____/____ <input type="checkbox"/> Infecção Trato Urinário ____/____/____ <input type="checkbox"/> Infecção Primária Corrente Sanguínea ____/____/____
Sistema Tegumentar (Pele)	<input type="checkbox"/> Lesões _____ <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões _____ <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões _____ <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões _____ <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Fistula ____/____/____ <input type="checkbox"/> Deiscência / Evisceração ____/____/____ <input type="checkbox"/> Choque Séptico ____/____/____
Sítio Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória ____/____/____ <input type="checkbox"/> Outra: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Óbito ____/____/____
Identificação e COREN					Identificação e COREN
<b>VI) ALTA HOSPITALAR</b> <input type="checkbox"/> Domicili <input type="checkbox"/> Outro local					<b>TRANSFERÊNCIA (para outro setor):</b>
1. Bom estado geral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	2. Dispositivos:	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Avaliação de Ferida Cirúrgica <input type="checkbox"/> Limpa em Cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	4. Orientações para cuidados no âmbito domiciliar e retorno ambulatorial		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Identificação: _____		COREN: _____		Data: _____ Horário: _____	

## APÊNDICE 9 – CARTA CONVITE

Assunto: Pedido de colaboração ao estudo de investigação “Ações para Segurança do Paciente nos Períodos Pré e Pós Operatórios”.

Prezada \_\_\_\_\_,

Na qualidade de investigadora do Curso de Mestrado Profissional 2013-2015 do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná venho por este solicitar a sua colaboração, na realização de um estudo de investigação, com o objetivo de validar um instrumento em forma de *checklist* para segurança cirúrgica do paciente nos períodos pré e pós-operatório. A pesquisa está sob a orientação da Prof. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz e co-orientação da Prof. Dra Ana Maria Dyniewicz. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e conforme o CAAE:21710313.1.0000.0102.

Este instrumento foi construído a partir do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da Organização Mundial de Saúde para a execução de ações de segurança dispensada ao paciente, além do ambiente específico do Centro Cirúrgico, ampliando o cuidado para os períodos pré e pós-operatório nas unidades de internação. A finalidade da investigação é que o material sirva como base à prática de enfermeiras do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, como também para ser replicado em qualquer serviço cirúrgico, seguindo às recomendações mundiais e legislações vigentes em prol da Segurança do Paciente.

De modo a atingir este objetivo, necessita-se da sua valiosa colaboração para avaliação do instrumento. Ao longo da construção deste instrumento (versão um) houve participação de profissionais da equipe multiprofissional de saúde, que fazem parte do colegiado da unidade gerencial cirúrgica e participação efetiva de enfermeiras da prática assistencial de oito unidades cirúrgicas de internação, nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Ortopedia, Neurocirurgia, Urologia, Transplante Hepático, Cirurgia Plástica e Cirurgia Pediátrica, inclusive mais recentemente, em teste piloto que gerou a versão 03 do instrumento, agora nominado de **CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PRÉ E PÓS OPERATÓRIO**.

Esta versão contém 6 categorias de questões a serem respondidas pelas enfermeiras:

- I) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO
- III) RETORNO DO PACIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (PÓS- OPERATÓRIO IMEDIATO)
- IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (24 APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR) –

Obs: o número de avaliações recomendado é uma vez por semana ou sempre que necessário, porque depende do porte do procedimento cirúrgico realizado e período de internação pós-operatório em cada especialidade.

**V) COMPLICAÇÕES**

**VI) ALTA HOSPITALAR / TRANSFERÊNCIA**

Em caso do seu aceite em participar deste estudo serão enviados o *Checklist* de Segurança Cirúrgica Pré e Pós operatório, o Instrumento de Avaliação para Especialistas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este poderá ser enviado por e-mail com assinatura digital ou como documento digitalizado.

Dada a dimensão e complexidade, inerentes a uma investigação desta natureza, encontramos-nos disponíveis para fornecer explicações mais detalhadas e pormenorizadas por meio do e-mail: **franalpendre@gmail.com** ou pelos telefones: (41) 9102-1918(cel.), (41) 3308-5358 (res.) ou (41) 3360-7896 Unidade Cirúrgica (UCIR-HC-UFPR).

Agradecendo a atenção dispensada, aguardamos a sua resposta. Solicitamos que se houver algum impedimento, para a não realização desta avaliação, que nos envie uma mensagem.

Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos, aguardo seu parecer e contribuição em prol da segurança do paciente cirúrgico e qualidade do atendimento em serviços de saúde.

Atenciosamente,

**Francine Taporosky Alpendre**

Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem UFPR

Enfermeira Supervisora da Unidade Gerencial Cirúrgica – HC-UFPR

## APÊNDICE 10 - FORMULÁRIO PARA ESPECIALISTAS

### TESTE PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO - FORMULÁRIO PARA ESPECIALISTAS

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA:				
UNIVERSIDADE / INSTITUIÇÃO / SERVIÇO:				
EXPERIÊNCIA E ÁREA DE ATUAÇÃO:				
DATA:	Dia	Mês	Ano	
<b>BLOCO I</b>				
<b>OBSERVAÇÕES SOBRE O TÍTULO E TEXTO</b>				
Características / Questão	Assinalar com "X"			Comentários
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	INDIFERENTE	
O título de cada categoria auxilia o leitor a identificar imediatamente as informações que irá observar				
O título de cada categoria é conciso e atraente				
Os títulos correspondem ao contexto do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas preconizado pela OMS (2009) adaptado para os perfodos de pré e pós operatório				
Percebe-se a aplicação prática da proposta				
Mostra o domínio do pesquisador sobre a proposta				
Pode ser considerado instrumento de construção de conhecimento na área de segurança do paciente cirúrgico, ou seja, tem contemporaneidade				
Há coerência ou afinidade entre o número de categorias (I até VI) e número de questões em cada uma delas				
Há detalhes ou elementos supérfluos que desviem a atenção do leitor				
O texto está em tamanho, posição e forma adequados				

<b>BLOCO II</b>						
<b>SOBRE AS POSSIBILIDADES DO CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS</b>						
Características / Questão	Assinalar com "X"					
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	INDIFERENTE	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	Comentários
Ficou claro que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios é uma metodologia que estrutura de forma singular um sistema de conceitos, práticas, técnicas, procedimentos e regras, com o objetivo de gerir a execução de ações de segurança ao paciente cirúrgico						
Há algum item que considera de maior explicitação. Por quê?						
Existe algum tópico que deveria ser incluído para sua completude. Por quê?						
Existe algum tópico que deveria ser excluído. Por quê?						
Ficou claro que o instrumento proposto se vale de referencial teórico suficiente e atual para sua operacionalização? Caso contrário, solicitamos suas sugestões.						
Julga que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios pode ser eficaz no planeamento e gestão de ações de cuidado ao paciente cirúrgico?						
Julga que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios contribuirá para a segurança do paciente cirúrgico por meio da prevenção de erros e deteção precoce de agravos à saúde?						
Julga que o Checklist de Segurança Cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios poderá ser replicado em outros serviços de saúde?						

BLOCO III					
AVALIAÇÃO GERAL					
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	Assinalar com "X"				
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	INDIFERENTE	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
Objetividade <sup>1</sup>					
Clareza de redação <sup>2</sup>					
Pertinência <sup>3</sup>					
Credibilidade <sup>4</sup>					
Viabilidade de aplicação <sup>5</sup>					
Validade do instrumento <sup>6</sup>					
Informações claras e concisas					
Organização lógica do conteúdo					
Interface entre o profissional e o paciente cirúrgico					

A partir de sua opinião pessoal e profissional, gostaríamos de conhecer que outros benefícios e /ou limitações esta ficha terá na prática. Poderia comentar?

--

<b>1. Objetividade</b>	Qualidade do que é objetivo; Ausência de opinião preconcebida; Tendência de julgar pelos fatos sem deixar-se influenciar por seus sentimentos, prevenções ou predileções.
<b>2. Clareza de redação</b>	Qualidade de claro, limpidez, transparência; Qualidade do que é expresso de uma forma inteligível ou que se percebe facilmente; Bom timbre (figurado); Para que conste por escrito e produza os devidos efeitos.
<b>3. Pertinência</b>	Qualidade do que é pertinente; do que concerne. / Qualidade lógica de ligação entre um elemento de prova e aquilo que se pretende provar; Aquilo que concerne ao assunto; Adequabilidade à causa submetida à apreciação do juiz.
<b>4. Credibilidade</b>	Qualidade do que é crível; verossimilhança
<b>5. Viabilidade de aplicação</b>	Caráter ou qualidade de viável
<b>6. Validade de aplicação</b>	Qualidade ou caráter de válido; Qualidade do administrativo, concluído com observância de todos os requisitos formais e substanciais que a lei exige.

## APÊNDICE 11 – VERSÃO 4 DO CHECKLIST



### CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

**I) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Enfermaria/Leito: \_\_\_\_\_  
 Data internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cirurgia /Local: \_\_\_\_\_ Lado:  Dir.  Esq.  Bilateral  NSA

II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO (CC)		III) RETORNO DO PACIENTE DO C.G. PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO - POI)		Data e Hora:
1. Termo de consentimento para cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1. Nível de consciência	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Semiconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choro
2. Termo de consentimento para anestesia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	2. Sinais Vitais estáveis	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
3. Avaliação e liberação anestésica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	3. Náusea / Vômito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
4. Ficha de visita de enfermagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Tipo de anestesia realizada	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raquidiana <input type="checkbox"/> Plexular <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Sedação
5. Exames de imagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	5. Condições da pele e Perfusão tecidual de extremidades	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hematoma / Equimose <input type="checkbox"/> Ferimento / queimaduras
6. Prontuário	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Sistemas de drenagem	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Ostomias <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dreno (tipo e local)
7. Preparo pré-operatório de rotina	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Curativo Cirúrgico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sem sangramento <input type="checkbox"/> Com sangramento <input type="checkbox"/> Outros: _____
8. Pulseira de identificação	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade/Sensibilidade dos membros	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> I
9. Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Prescrição Médica pós-operatória	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Avisado médico responsável? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Sítio cirúrgico demarcado	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	10. Ficha de Enfermagem do transoperatório na REPAl preenchidas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Intercorrência no intraoperatório _____ <input type="checkbox"/> Intercorrência REPAl _____ <input type="checkbox"/> Outras _____
11. Jejum mínimo de 8 horas Obs: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Acesso venoso permeável	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Cateter periférico <input type="checkbox"/> Cateter central _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
12. Informa alergia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Paciente refere ou demonstra dor aguda	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Presença de cateter peridural para analgesia <input type="checkbox"/> _____
13. Obs: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Recomendação especial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especifique: _____
Identificação e COREN: _____		Identificação e COREN: _____		Data: _____ Hora: _____

IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (POM) - 24 H APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR (Indicado realizar a avaliação de forma semanal ou somente quando necessário)					V) OUTRAS COMPLICAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS
DATA	PO	PO	PO	PO	
Tempo de pós-operatório					<input type="checkbox"/> TEV ____/____/____
Dor	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> Anemia/transfusão sanguínea ____/____/____ <input type="checkbox"/> Reação adversa à medicamentos ____/____/____ Especifique: _____
Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Reação adversa à hemoderivados ____/____/____ Especifique: _____
Sistema Digestório e Urinário	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Infecção de Sítio Cirúrgico ____/____/____ <input type="checkbox"/> Infecção de Trato Respiratório ____/____/____ <input type="checkbox"/> Infecção Trato Urinário ____/____/____ <input type="checkbox"/> Infecção Primária Corrente Sanguínea ____/____/____ <input type="checkbox"/> Fistula ____/____/____ <input type="checkbox"/> Evisceração ____/____/____ <input type="checkbox"/> Choque ____/____/____
Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Séptico <input type="checkbox"/> Hipovolêmico <input type="checkbox"/> Cardiogênico <input type="checkbox"/> Neurogênico <input type="checkbox"/> Outro ____/____/____ <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória ____/____/____ <input type="checkbox"/> Outra: ____/____/____
Sistema Tegumentar (Pele)	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Óbito ____/____/____ Obs: _____
Sítio Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	Identificação e COREN: _____
Identificação e COREN: _____					
<b>VI) ALTA HOSPITALAR</b> <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro local _____					<b>TRANSFERÊNCIA (para outro setor):</b>
1. Bom estado geral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	2. Dispositivos: <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
3. Avaliação de Ferida Cirúrgica <input type="checkbox"/> Limpa em Cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	4. Orientações para transferência ou cuidados no âmbito domiciliar e retorno ambulatorial _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

**NSA=** não se aplica **REPAI=** Recuperação Pós Anestésica **MS=** membro superior **MI=** membro inferior  
**MMSS=** membros superiores **MMII=** membros inferiores **PCA=** paciente controla analgesia **TEV=**

**ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Ações para Segurança do Paciente nos Períodos Pré e Pós Operatórios.

**Pesquisador:** ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21710313.1.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 507.713

**Data da Relatoria:** 08/01/2014

**Apresentação do Projeto:**

Equipe da Pesquisa: FRANCINE TAPOROSKY ALPENDRE (mestranda).

Segundo a pesquisadora, ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ, pretende-se desenvolver um projeto de intervenção realizando-se uma pesquisa para promover o Programa Cirurgia Segura além do ambiente específico do Centro Cirúrgico, estendendo as ações para as unidades cirúrgicas de internação, fortalecendo as medidas de segurança que devem ser prestadas aos pacientes durante os períodos de pré e pós-operatório. Para isto, esta pesquisa, pretende fornecer subsídios para construção de um instrumento em forma de lista de verificação (checklist) como uma estratégia capaz de tornar os enfermeiros participantes da pesquisa, profissionais capacitados para promover mudanças na prática assistencial, com vistas à promoção da segurança dos profissionais, da equipe multiprofissional de saúde, dos pacientes cirúrgicos e da instituição.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**UF:** PR

**Telefone:** (41)3360-7259

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 507.713

**Objetivo da Pesquisa:**

Elaborar e padronizar uma lista de verificação para o pré e pós-operatório em um hospital de ensino.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O item sobre riscos da pesquisa foi revisto.

Resposta: A pesquisa poderá trazer desconforto aos participantes durante a participação nas oficinas e reuniões propostas pelas pesquisadoras ou quando os participantes forem solicitados para responder os instrumentos de avaliação e validação da ficha de verificação de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatórios. No entanto, pretende-se que todos os envolvidos sejam beneficiados com os resultados esperados (pacientes, profissionais de saúde e instituição), pois a pesquisa pretende contribuir para a implementação de futuras estratégias para segurança do paciente cirúrgico conforme preconizado no Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Descrição da forma de recrutamento.

Resposta: Os participantes serão convidados pessoalmente, via correio ou por meio eletrônico pelas pesquisadoras para participar do estudo. Caso o participante concorde em fazer parte da elaboração e validação do checklist para ações de segurança cirúrgica no pré e pós-operatório, será fornecido duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência e assinatura, sendo que uma das cópias ficará em poder das pesquisadoras e outra cópia permanecerá com o participante da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os termos

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram atendidas todas as solicitações.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 507.713

reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondendo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CURITIBA, 08 de Janeiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br