

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JUNIOR

**SEGURANÇA DO PACIENTE:
o *checklist* da cirurgia em um centro cirúrgico ambulatorial**

**Porto Alegre
2015**

NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JUNIOR

**SEGURANÇA DO PACIENTE:
o *checklist* da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Políticas e práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira Júnior, Nery José de
Segurança do paciente: o checklist da cirurgia
segura em um centro cirúrgico ambulatorial / Nery
José de Oliveira Júnior. -- 2015.
77 f.

Orientadora: Ana Maria Müller de Magalhães.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Segurança do paciente. 2. Grupos focais. 3.
Administração de serviços de saúde. 4. Lista de
checagem. 5. Assistência perioperatória. I.
Magalhães, Ana Maria Müller de , orient. II. Título.

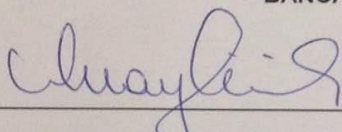
NERY JOSÉ DE OLIVEIRA JÚNIOR

Segurança do paciente: O checklist da cirurgia segura no centro cirúrgico

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 16 de janeiro de 2015.

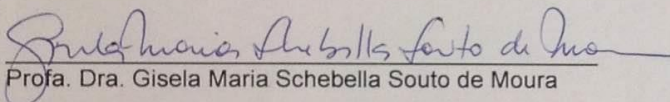
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

Presidente da Banca – Orientadora

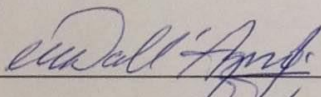
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Membro da banca

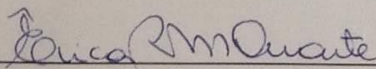
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Deise Simão Arregino por apoiar e participar da construção desse sonho.

Aos meus pais, irmãos e amigos que me apoiaram nessa caminhada.

A minha orientadora Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães, pelo carinho e atenção dedicados a realização deste trabalho.

Às profas. Dras. Clarice Maria Dall’Agnol, Érica Rosalba Mallman Duarte e Gisela Maria Schebella Suto de Moura que aceitaram compor a banca de Defesa de Mestrado.

Ao Hospital Giovanni Battista – Mãe de Deus Center, por ceder horário de trabalho e espaço para eu desenvolver este estudo.

Aos técnicos de enfermagem que participaram desta pesquisa e dedicaram sua atenção e tempo para participar dos encontros de grupos focais, muito obrigado.

RESUMO

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. **Segurança do paciente:** o checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial. 2015. 77 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O conceito de segurança nasceu com o homem primitivo ao lutar diariamente para sobreviver contra os ataques de predadores. Com o passar dos anos foram surgindo parâmetros de sobrevivência e segurança em quase todas as atividades de trabalho. Na área de saúde e de enfermagem este tema tem mobilizado esforços das organizações de saúde no sentido de evitar falhas nos processos de cuidado que possam causar eventos adversos aos pacientes. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar a aplicação do *checklist* da cirurgia segura no centro cirúrgico para a segurança do paciente. O estudo foi conduzido utilizando-se a técnica de grupos focais e métodos fotográficos de pesquisa, na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo, entre o período de março e junho de 2014. As informações foram organizadas com o recurso do programa NVivo 10 e submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, surgiram três categorias: *Checklist* para a segurança do paciente: ainda um desafio, Motivos da não adesão ao *checklist* da Cirurgia Segura, Etapas do *Checklist*. Os resultados ressaltam que o *checklist* é de suma importância e contribui como uma barreira para prevenir possíveis erros de lateralidade do procedimento cirúrgico e de troca de paciente na sala operatória, além de assegurar a correta identificação do paciente no momento do preparo para ingressar no centro cirúrgico. Nos debates foi ressaltado que o grupo pesquisado conhece o instrumento para a realização do *checklist* da cirurgia segura, porém, refere ter dificuldades para o preenchimento do mesmo, principalmente devido à necessidade de agilizar o processo e encaminhar rapidamente o paciente à sala de cirurgia. Foi percebido que existem falhas no preenchimento do protocolo da cirurgia segura, em algumas situações o instrumento é preenchido antes de iniciar a cirurgia ou após o término da mesma. É fundamental envolver e comprometer as equipes médicas para a aplicação do *checklist* da cirurgia segura, além de (re) orientar e empoderar as equipes de enfermagem, a fim de seguir corretamente o protocolo da lista de verificação instituída, minimizando situações de desvalorização e ridicularização da rotina. A aplicação de maneira correta desse protocolo contribui para o reconhecimento assistencial das equipes na instituição. A natureza participativa do método de pesquisa fotográfico restaurativo oportunizou o engajamento dos profissionais do campo de estudo e possibilitou implementar muitas melhorias, a partir de sugestões e propostas dos mesmos. Outro aspecto que merece ser destacado, diz respeito ao duplo papel de pesquisador e gestor da instituição investigada, que permitiu traduzir os conhecimentos produzidos a partir do estudo em ações no cenário da prática assistencial, transformando-o em um ambiente mais seguro para o paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Grupos focais. Administração de serviços de saúde. Administração em saúde. Lista de checagem. Assistência perioperatória.

ABSTRACT

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. **Patient safety:** the checklist of safe surgery in an outpatient surgical center. 2015. 77 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

The security concept was born with primitive man to fight daily to survive against attacks by predators. Over the years arose survival and safety parameters in almost all work activities. In the health and nursing area this theme has mobilized efforts of health organizations to avoid gaps in care processes that may cause adverse events to patients. This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach, in order to analyze the application of the safe surgery checklist in the operating room for patient safety. The study was conducted using the technique of focus groups and photographic research methods from the perspective of restorative ecological thinking, in the period between March and June 2014. The information was organized with the use of NVivo program 10 and subjected to analysis of thematic content, there were three categories: Checklist for patient safety: still a challenge, Reasons for non-adherence to the Safe Surgery Checklist, Steps Checklist. The results emphasize that the checklist is very important and contributes as a barrier to prevent possible errors laterality of the surgical procedure and patient exchange in the operating room, and ensure the correct identification of the patient while preparing to enter the operating room. In the discussions it was stressed that the group researched know the instrument for the achievement of the safe surgery checklist, however, concerns have trouble completing it, mainly because of the need to streamline the process and quickly refer the patient to the operating room. It was noticed that there are errors in the completion of the safe surgery protocol, in some situations the instrument is filled before starting surgery or after the same. It is essential to involve and engage the medical teams to the application of the safe surgery checklist, and (re) direct and empower the nursing staff in order to properly follow the established checklist protocol, minimizing devaluation situations and ridicule of routine. The application correctly this protocol contributes to the recognition of care teams in the institution. The participatory nature of the photographic restorative search method provided an opportunity to engage the professional field of study and made it possible to implement many improvements from suggestions and proposals from them. Another aspect that deserves to be highlighted concerns the dual role of researcher and manager of the investigated institution, which translated the knowledge produced from the study into shares in the care practice setting, turning it into a safer environment for the patient.

Keywords: Patient safety. Focus groups. Health services administration. Health administration. Checklist. Perioperative care.

RESUMEN

OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. **La seguridad del paciente:** la lista de verificación de seguridad quirúrgica en un centro de cirugía ambulatoria. 2015. 77 f. Tesina (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

El concepto de seguridad nació con el hombre primitivo que luchar a diario para sobrevivir contra los ataques de los depredadores. Con los años surgieron parámetros de supervivencia y seguridad en casi todas las actividades de trabajo. En el área de la salud y de enfermería este tema ha movilizó esfuerzos de las organizaciones de salud para evitar lagunas en los procesos de atención que pueden causar efectos adversos a los pacientes. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva con enfoque cualitativo, con el fin de analizar la aplicación de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica en el quirófano para la seguridad del paciente. El estudio se realizó mediante la técnica de grupos focales y los métodos de investigación fotográficos desde la perspectiva del pensamiento ecológico restaurativa, en el período comprendido entre marzo y junio de 2014. La información se organizó con el uso del programa NVivo 10 y se sometió a análisis de contenido temático, había tres categorías: Lista de verificación para la seguridad del paciente: sigue siendo un reto, Razones para la no adhesión a la Lista de verificación de cirugía segura, Pasos Lista de verificación. Los resultados ponen de manifiesto que la lista es muy importante y contribuye como una barrera para evitar posibles errores de lateralidad del procedimiento y paciente intercambio quirúrgica en el quirófano, y garantizar la correcta identificación del paciente mientras se preparan para entrar en la sala de operaciones. En los debates se destacó que el grupo investigado conocen el instrumento para el logro de la lista de verificación cirugía segura, sin embargo, las preocupaciones tienen problemas para completarla, principalmente a causa de la necesidad de racionalizar el proceso y rápidamente derivar al paciente a la sala de operaciones. Se observó que hay errores en la finalización del protocolo de cirugía segura, en algunas situaciones el instrumento se llena antes de comenzar la cirugía o después de la misma. Es esencial involucrar y comprometer a los equipos médicos a la aplicación de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica y (re) dirigir y capacitar al personal de enfermería con el fin de seguir correctamente el protocolo de lista de control establecido, minimizando situaciones de devaluación y el ridículo de rutina. La aplicación correcta de este protocolo contribuye al reconocimiento de los equipos de atención en la institución. El carácter participativo del método de búsqueda restaurador fotográfico proporcionado una oportunidad para entablar el campo profesional de estudio e hizo posible la implementación de muchas mejoras de sugerencias y propuestas de ellos. Otro aspecto que merece ser destacado se refiere a la doble función de investigador y director de la institución investigada, que tradujo el conocimiento producido a partir del estudio en acciones en el ámbito de la práctica de atención, convirtiéndola en un entorno más seguro para el paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Grupos focales. Administración de los servicios de salud. Administración en salud. Lista de verificación. Atención perioperatoria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Foto #2: Admissão dos pacientes na sala de triagem.....	34
Figura 2 - Foto #4: Pulseira de identificação do paciente e de risco de alergia.....	36
Figura 3 - Foto #3: Preenchimento da primeira etapa do <i>checklist</i>	37
Figura 4 - Informações do <i>checklist</i> fixadas no quadro nas salas cirúrgicas.....	38
Figura 5 - Foto #1: Corredor de circulação para acesso ao centro cirúrgico.....	39
Figura 6 - Foto #8 e #9: Marcação da lateralidade.....	43
Figura 7 - Foto #5: Preenchimento do <i>checklist</i>	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE: UM PANORAMA GLOBAL.....	16
3.2	CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL.....	18
3.3	SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO.....	20
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	22
4.1	DELINEAMENTO DE ESTUDO.....	22
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	22
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.4	COLETA DE DADOS.....	23
4.4.1	Técnica de Grupos Focais.....	24
4.4.2	Métodos Fotográficos Digitais de Pesquisa.....	27
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.6	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS.....	30
5	RESULTADOS	32
5.1	<i>Checklist</i> para a segurança do paciente: ainda um desafio.....	32
5.2	Dificuldade de adesão ao <i>checklist</i> da cirurgia segura.....	40
5.3	Etapas do <i>checklist</i>	42
6	DISCUSSÃO	45
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A - PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL - GUIA DE TEMAS	59
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A CAMINHADA FOTOGRÁFICA	61
	APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ANOTAÇÕES DE FOTOGRÁFIAS DIGITAIS ...	62
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
	APÊNDICE E - CAMINHADA FOTOGRÁFICA	66
	APÊNDICE F - FOTOS DIGITAIS - PACIENTES E FAMILIARES	68
	APÊNDICE G - FOTOS DIGITAIS - MÉDICOS E FUNCIONÁRIOS	70
	ANEXO A - CHECKLIST DA CIRURGIA SEGURA EM MODELO IMPRESSO	73
	ANEXO B - CHECKLIST DA CIRURGIA SEGURA INFORMATIZADO	74
	ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	75

1 INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços de saúde é um motivo de preocupação para a equipe multidisciplinar engajada na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Essa qualidade é de suma importância e vem ao encontro dos avanços técnico-científicos na área hospitalar, que evoluem cada vez mais visando proporcionar a segurança do paciente através de competências e habilidades específicas de cada profissional, desenvolvendo suas atividades de maneira eficaz e segura (FASSINI; HAHN, 2012; MASSOCO, 2012; BATALHA, 2012).

Desde o século XIX, a inscrição em latim “*Primum non nocere*” traduzida como “Primeiramente, não cause dano”, tendo a segurança do paciente como prioridade é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade assistencial dentro dos hospitais (WACHTER, 2013). Essa preocupação afeta os doentes e seus familiares que desejam sentir-se confiantes e seguros, acreditando que a equipe de saúde tem como “missão” principal a prestação de cuidados com excelência (VENDRAMINI, et al., 2010).

De acordo com dados da *Joint Commission International* (2010), um, em cada seis pacientes internados em hospitais, é vítima de algum tipo de erro ou evento adverso, que na maioria das circunstâncias são passíveis de medidas de prevenção. As questões de segurança afetam a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Além disso, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde é motivo de busca de melhores práticas para atender o mercado competitivo e clientes mais esclarecidos de seus direitos (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2011).

Runciman et al. (2009) consideram erro como uma falha para realizar uma ação planejada como pretendido ou aplicação de um plano incorreto em qualquer fase de planejamento ou execução. Os mesmos autores definem evento como algo que envolve ou acontece com um paciente, é um agente, uma substância, objeto ou sistema que funciona para produzir a mudança. Os autores Capucho, Branquinho e Reis (2010) definem evento como algo que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode ou não causar dano, assim como contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente.

Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou uma série de manuais para orientar as instituições de saúde na implementação de práticas seguras nos ambientes hospitalares. Neste material, encontra-se como definição de erro ou falhas nos sistemas de saúde:

“erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. 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, por definição, não-intencionais. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013, p. 25)

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, que podem ser reduzidos quando analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos (CAPUCHO; BRANQUINHO; REIS, 2010). Cada instituição de saúde deverá buscar ferramentas que possam agregar ao cuidado prestado aos pacientes, a fim de que façam parte da cultura de segurança do paciente. Portanto, a segurança deve ser reconhecida como ação estratégica essencial para a organização e ser motivo de preocupação dos profissionais de saúde desde o momento da definição dos processos até o cuidado ao paciente propriamente dito (CRUZ; ALFONSO; PÉREZ, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em maio 2002, durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, um Grupo de Trabalho Internacional com a responsabilidade de estabelecer o objetivo de estudar metodologias para avaliar de forma sistemática os riscos à segurança do paciente nos serviços de saúde a fim de aumentar a qualidade do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Em 2004 a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estimulando os países membros a comprometer-se em desenvolver políticas públicas e práticas voltadas à segurança do paciente (CAPUCHO, 2012).

No Brasil, no ano de 2013, através da Portaria nº 529, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, além de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde. Uma das estratégias adotadas neste programa foi a implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, visando envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente, ampliar o acesso da

sociedade às informações relativas à segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, além de fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

O *Institute of Medicine* (IOM) define segurança do paciente como o processo de livrar o mesmo de lesões acidentais, com o objetivo de minimizar os erros, o *The Canadian Patient Safety Dictionary* afirma que é a redução de atos não seguros no momento assistencial, já a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) considera a segurança como a ausência potencial para a ocorrência de danos associados ao cuidado ao paciente (BATALHA, 2012).

O tratamento cirúrgico faz parte do cuidado em saúde em todas as classes sociais e comunidades, ricas e pobres, rurais e urbanas, e em todas as regiões do mundo. A cirurgia tornou-se parte integrante dos cuidados de saúde global, com uma estimativa de 234 milhões de operações realizadas anualmente, o que significa uma operação a cada 25 pessoas, explicitando que a segurança do cliente é de significativa importância para a saúde pública. Além disso, estimativas anteriores apontaram que sete milhões de clientes sofreram complicações após a cirurgia, sendo que 50% delas poderiam ter sido evitadas (HAYNES et al., 2009; OLIVEIRA, 2012; PANCIERI et al., 2013; WEISER et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A cada ano estima-se que 63 milhões de pessoas são submetidas a tratamentos cirúrgicos devido a injúrias traumáticas, outras 10 milhões de cirurgias são realizadas por complicações relacionadas à gravidez e mais 31 milhões para tratar malignidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A preocupação com a segurança do paciente em Centro Cirúrgico (CC) nasceu antes da descoberta da anestesia, em torno de 1801. Porém, atualmente, os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm propiciado um aumento significativo no número de intervenções cirúrgicas ao redor do mundo. Cerca de 20 milhões de pessoas são submetidas a cirurgias anualmente nos Estados Unidos, no entanto, muitas vezes, realizadas em condições inseguras interferindo na promoção e na recuperação da saúde dos pacientes (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011; WACHTER, 2013).

Neste contexto, cabe destacar que o risco de complicações cirúrgicas e os eventos adversos, em muitas partes do mundo, são subnotificados, mas estudos

realizados em países industrializados têm mostrado uma taxa perioperatória de morte em cirurgia hospitalar de 0,4 a 0,8% e uma taxa de complicações graves de 3 a 17%. Estas taxas tendem a aumentar em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No ano de 2007 a OMS lançou o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas, com o objetivo de melhorar a segurança da assistência cirúrgica e reduzir as mortes no mundo através de um consenso sobre quatro áreas nas quais progressos dramáticos poderiam ser feitos na segurança da assistência cirúrgica. São elas: prevenção infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas eficientes e mensuração da assistência cirúrgica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Na vivência como enfermeiro de centro cirúrgico, observo que o processo de melhorar a segurança do paciente cirúrgico em algumas situações é trabalhado como modismo, pois algumas instituições aderem às normas de segurança do paciente apenas para não ficarem fora do círculo das demais instituições hospitalares, caracterizadas como importantes, ainda que trabalhar com segurança do paciente cirúrgico seja um processo complexo e desafiador. A qualidade do cuidado e segurança do paciente é responsabilidade da equipe multidisciplinar, assumindo papel de relevância, sendo reconhecida como a Era da Segurança compreendendo o dever legal, moral e profissional.

Frente ao exposto, faz-se necessário refletir sobre a importância da realização do *Checklist* da Cirurgia Segura como estratégia para assegurar a qualidade do cuidado prestado ao paciente cirúrgico, a fim de evitar que algum profissional cometa falhas, sendo que, quando essas ocorrem, na maioria das vezes, procura-se escondê-las, devido ao medo das ações punitivas, impossibilitando a análise crítica de suas origens (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2010).

Atuando como gestor de enfermagem do Serviço de Pacientes Cirúrgicos do Hospital Giovanni Battista (Mãe de Deus Center), nasce o interesse pelo tema proposto, pois atuo no planejamento e na supervisão dos processos de trabalho para evitar, prevenir e corrigir eventos adversos que podem ocorrer na prestação de cuidados de saúde. Por meio de treinamentos institucionais, reuniões de equipe e elaboração de instrumentos, almeja-se capacitar os colaboradores e promover normas de segurança para a realização do trabalho.

Com o intuito de minimizar os riscos potenciais de eventos adversos e, assim, garantir a segurança do paciente, o Hospital Giovanni Battista (HGB) vem desenvolvendo atividades de educação permanente de seus colaboradores a fim de reorganizar os processos operacionais e assistenciais de acordo com as exigências da Organização Mundial de Saúde (OMS).

No Centro Cirúrgico, a implantação do *Checklist* de Cirurgia Segura é uma das intervenções adotadas pelas instituições hospitalares para assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto, atingindo assim a meta quatro da *Joint Commission International* e evitando, também, mortalidade e complicações pós-operatórias (CRUZ; ALFONSO; PÉREZ, 2012).

O *Checklist* de Cirurgia Segura é um protocolo que deve ser preenchido com o objetivo de confirmar com o paciente dados como o nome completo do mesmo, o nome do médico, a assinatura do termo de consentimento, o procedimento a ser submetido, a contralateralidade, tempo de jejum, sinais vitais, uso de adornos, alergias, risco de aspiração ou dificuldade de via aérea, risco de perda sanguínea acentuada, entre outros dados (HAYNES et al., 2009).

Frente ao exposto e entendendo que a não adesão das medidas institucionais que visam à redução e minimização da ocorrência de eventos adversos pode acarretar em prejuízos aos pacientes, colaboradores e instituição, surgiram os seguintes questionamentos: quais são os fatores que interferem na aplicação do *Checklist* da Cirurgia Segura? Existem informações não confirmadas com o paciente ou equipe multidisciplinar? Quais são elas? E como o preenchimento deste instrumento influencia na assistência?

Para responder essas questões de pesquisa entende-se que a utilização de uma abordagem participativa com métodos fotográficos de pesquisa poderá ser valiosa, pois permite uma análise e descrição de situações a partir dos olhares dos próprios profissionais que atuam no cenário de estudo. Esta metodologia foi recentemente utilizada por Magalhães (2013) para estudar a carga de trabalho e a segurança de pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil.

A aproximação com os estudos na perspectiva ecológico restaurativa, advindos da experiência com a orientadora, assim como a oportunidade de intercâmbio com a precursora do uso desta metodologia na área da saúde, em visita técnica no Canadá, reforçou a convicção de adequação desta abordagem para o estudo deste tema.

Espera-se que essa pesquisa contribua para que as organizações hospitalares e os profissionais de saúde tenham mais conhecimento da importância de processos assistenciais corretos, sob uma metodologia criteriosa, para dessa forma, garantir um ambiente seguro ao paciente e a eles mesmos, promovendo, assim, excelência e qualidade no cuidado ao paciente.

2 OBJETIVOS

O **objetivo geral** consiste em analisar a aplicação do *Checklist* da Cirurgia Segura no centro cirúrgico para a Segurança do paciente.

A partir deste eixo desdobram-se os **objetivos específicos**:

- a) Descrever os principais fatores que podem afetar o preenchimento do *checklist* da cirurgia segura segundo a percepção dos profissionais de enfermagem;
- b) Explorar as ideias e experiências dos profissionais de enfermagem com o uso do *Checklist* da Cirurgia Segura.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesse capítulo são abordados os principais aspectos envolvidos na temática sobre segurança do paciente, ainda como um desafio global, o cenário da segurança do paciente no Brasil e um olhar mais detalhado sobre este tópico no centro cirúrgico. Ressalta-se que este tema vem ganhando ênfase nas duas últimas décadas.

A Segurança do Paciente passou a ganhar espaço nas discussões internacionais após estudos americanos apontarem os riscos de possíveis erros no sistema de saúde, os quais poderiam causar danos ou até mesmo a morte dos pacientes internados (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

3.1 DESAFIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE: ALGUMAS INICIATIVAS

A segurança tem sido foco de iniciativas em instituições mundiais nos últimos anos, no entanto, ainda existem poucos estudos que respondam aos desafios à segurança do paciente. Atualmente, as questões relacionadas à segurança do paciente estão conquistando espaço nas pesquisas científicas, sendo que as equipes multiprofissionais e familiares estão preocupadas com a segurança dos seus pacientes, assim como são necessários mais estudos sobre o tema (MARCK; CASSIANI, 2005).

A segurança do paciente é um tema mundial que vem sendo resgatado em diversos países. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou no ano de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a ideia de coordenar ações de abrangência internacional e concentrar esforços para o enfrentamento do problema de segurança do paciente (DONALDSON; PHILIP, 2004).

No ano de 2005, a OMS firmou parceria com a *Joint Commission International* (JCI), encaminhando participantes para o Centro Colaborador dedicado à Segurança do Paciente, foi uma iniciativa coordenada pelo próprio Centro que, em 2006 implantou o Projeto denominado “*High 5s Project*”, que envolve desenvolvimento e implantação de protocolos operacionais padronizados para enfrentar os cinco principais problemas de segurança do paciente: manejo seguro dos concentrados eletrolíticos, medicação segura nos momentos de transição de cuidado, comunicação adequada na passagem de responsabilidade dos profissionais, realização do

procedimento correto no local correto e higienização das mãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

A partir de 2006 o Centro para a Segurança do Paciente da JCI passou a ser denominado Centro Colaborador para Soluções de Segurança do Paciente, atuando em parceria com a OMS e trabalhando com as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente. As metas internacionais de segurança são: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva (prescrições e resultados de exames diagnósticos), melhorar a segurança para medicamentos de risco, eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados, reduzir o risco de adquirir infecções e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas. Essas metas vêm sendo implantadas mundialmente nos hospitais em processo de acreditação Internacional (JCI, 2006).

Nos Estados Unidos da América (EUA) a atuação da JC no processo de acreditação dos hospitais americanos, além da abrangência internacional pela parceria com a OMS certamente tem tido papel fundamental na implantação de iniciativas para a segurança do paciente no nível das unidades locais. Os sistemas de saúde são fragmentados e a implementação das iniciativas deve ser local, ao invés de ser global, sendo conduzida por grupos com maior credibilidade entre seus pares (FARLEY et. al, 2007).

A Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado (*Agency for Healthcare Research and Quality*), foi estabelecida em 2000 com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para todos os americanos, tendo como principal missão a redução dos erros ocorridos no processo do cuidado e melhoria da segurança do paciente. Esta agência tem investido milhões de dólares em pesquisas nas diversas áreas, em atividades educativas e na implantação de iniciativas que promovam a segurança do cuidado (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2001; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2004; FARLEY et al., 2007).

Na Austrália, a Segurança do Paciente vem sendo estudada desde a década de 80 através de uma Fundação Australiana para a Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Foundation – APSF*), cujo objetivo inicial foi identificar e analisar métodos a serem desenvolvidos para minimizar eventos adversos. A partir dessa temática a Fundação tem contribuído para o desenvolvimento de sistemas de

classificação para codificação e relato de incidentes e eventos adversos (FLETCHER, 2000).

Na década de 90 a APSF passou a desenvolver e implantar o sistema de monitoramento e relato de incidentes em pacientes, para todas as unidades públicas de saúde do país – o Sistema Australiano de Monitoramento de Incidentes (*Australian Incident Monitoring System*), a fim de qualificar os estudos relacionados à Segurança do paciente, esse mesmo monitoramento foi estendido à Nova Zelândia em 2000 (FLETCHER, 2000).

No ano 2000 foi criado o Conselho Australiano para a Segurança e a Qualidade do Cuidado com o objetivo de facilitar o desenvolvimento, em âmbito nacional, de ações para a segurança e a melhoria da qualidade do paciente nos níveis federal, estadual e territorial (WILSON & WEYDEN, 2005). Em 2000 teve início a atividade da Comissão Australiana para Segurança e Qualidade no Cuidado cujo principal foco de atuação foi o de melhorar a segurança nos hospitais (FLETCHER, 2000).

No Reino Unido, na década de 90 houve relatos de incidentes quanto à segurança do paciente e, em resposta, publicação do relatório do *Institute of Medicine - To Err is Human, no qual* o Reino Unido fez uma análise da sua própria situação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Em julho de 2001 foi estabelecida no *National Health System* a Agência Nacional para a Segurança do Paciente como autoridade especial de saúde para identificar os problemas e encontrar soluções apropriadas, com um propósito essencial: melhorar a segurança do paciente pela redução do risco de dano por erro (UNITED KINGDOM, 2007). Aproveitando o momento, outras providências foram tomadas para a segurança do paciente, como por exemplo, a criação do *saferhealthcare* que é uma fonte *online* para profissionais de saúde e gestores cujo objetivo é alcançar evidência, informação, ferramentas e soluções inovadoras para a segurança do paciente no ambiente do cuidado (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2008).

3.2 CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO BRASIL

Nos últimos anos, impulsionados pelos movimentos mundiais, têm surgido vários estudos sobre a segurança do paciente no Brasil, abrangendo as áreas de medicamentos, gerenciamento de risco, eventos adversos e carga de trabalho, entre outros. No entanto, na área de centro cirúrgico, ainda existem poucos estudos.

No ano de 2001, com o apoio da ANVISA, foi criado o Projeto de Hospitais Sentinela com o intuito de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

No Brasil em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a iniciativa partiu da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com a intenção de disseminar a cultura de segurança do paciente para as instituições, trabalhadores e familiares de pacientes (BATALHA, 2012).

No dia 01 de abril de 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, envolvendo os pacientes e familiares nas ações de segurança, ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzindo, sistematizando e difundindo conhecimentos sobre segurança do paciente, além de fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a).

A resolução 529/2013 que apresenta o PNSP instituiu o Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Ao CIPNSP compete propor e validar ações de segurança, protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais; além de aprovar o Documento de Referência do PNSP; incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente; propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente; analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de

melhoria; recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente; avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministério de Estado da Saúde (BRASIL, 2013a).

Estratégias voltadas para a segurança do paciente têm sido desenvolvidas por unidades hospitalares brasileiras em vias de acreditação, seja Internacional (JCI) ou Nacional (ONA), a fim de desenvolver estratégias para dar conformidade aos padrões de qualidade e segurança preconizados. Os hospitais trabalham para a certificação, buscando promover um serviço de saúde de controle maior dos riscos clínicos e não clínicos, e uma maior qualidade dos serviços prestados, pois precisam demonstrar conformidade com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, além dos outros padrões constantes do Manual de Padrões de Acreditação da JCI para Hospitais (JCI, 2012; ONA, 2012).

3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO

Os hospitais não são lugares tão seguros como imaginamos. Pacientes submetidos à intervenção cirúrgica estão pré-dispostos a complicações e óbito, considerando que um, em cada 150 pacientes internados, morre em consequência de algum evento adverso e quase dois terços dos eventos adversos estão associados ao cuidado hospitalar (HAYNES et al., 2009; WEISER et al., 2010).

O *Checklist* foi aplicado primeiramente na aviação na década de 1930 para resolver o erro humano, depois foi estendido para as indústrias e instituições de saúde, sendo adaptado de acordo com cada realidade (VRIES, HOLLMANN, SMORENBURG, et al., 2009). Para a criação e implementação de um *Checklist* é importante avaliar o formato, o tempo para ser aplicado, realizar a experimentação e ter um feedback. A criação do *Checklist* precisa estar embasada em evidências, sendo abordado itens de segurança que em alguns momentos passam despercebidos (WALKER, RESHAMWALLA, WILSON, 2012).

Em 2006, a OMS desenvolveu um projeto para avaliar as intervenções pré e pós-operatório no uso do *checklist* da cirurgia segura e aplicou em oito centros cirúrgicos participantes do Programa de Hospitais Seguros salvam Vidas. Foram selecionados quatro centros cirúrgicos de hospital privado e quatro de hospital público. O projeto foi aplicado nos seguintes países: Canadá, Índia, Jordânia, Filipinas, Nova Zelândia, Tanzânia, Inglaterra e EUA, e confirmou que esse *Checklist*

contribuiu para dobrar as chances dos pacientes receberem o tratamento cirúrgico com os padrões de segurança adequados, além da redução da mortalidade e morbidade (PANCIERI et al, 2013; WALKER, RESHAMWALLA, WILSON, 2012).

O *Checklist* da cirurgia segura contempla 19 itens da segurança cirúrgica que foram divididos em três etapas sendo elas: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica – pausa cirúrgica, com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes de o paciente sair da sala cirúrgica). A OMS julga ser importante, pois melhorou o processo de atendimento e foi associado com um terço de redução de complicações nas cirurgias de pacientes adultos. (PANCIERI et al., 2013).

Desde a criação e implementação do *Checklist* de cirurgia segura o seu uso tornou-se mais generalista, visando reduzir complicações pós-operatórias e mortalidades, porém, surgiram dúvidas sobre a implementação e o impacto referente à segurança (FOURCADE et al., 2012).

A OMS criou os dez passos para a cirurgia segura relacionada à cirurgia no sítio correto, anestesia segura, assegurar que não ocorra problemas das vias respiratórias, controle de hemorragias, atentar para alergias, reduzir o risco de infecção do sítio cirúrgico, prevenir a retenção de compressas e instrumentais cirúrgicos, identificar corretamente os espécimes de anatomopatológica, promover uma comunicação eficaz com as equipes, vigiar os resultados cirúrgicos (WALKER, RESHAMWALLA, WILSON, 2012).

Outro estudo agrupou as cinco principais categorias relacionadas aos eventos adversos: 1) cirurgia realizada em local errado, 2) cirurgia realizada em paciente errado, 3) procedimento cirúrgico errado, 4) retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e 5) morte no intraoperatório ou pós-operatório imediato, em paciente classificados como hígido (VENDRAMINI, SILVA, FERREIRA, et al., 2010).

Os mesmos autores relatam que, atualmente, existem no mundo mais de 4.000 hospitais em 122 países que se cadastraram como usuários do *checklist* da OMS, representando mais de 90% da população em geral. O *Checklist* da cirurgia segura da OMS foi projetado, para utilizar nas salas cirúrgicas como rotina institucional.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo descreve a trajetória metodológica adotada na investigação, detalhando tanto o delineamento e o campo do estudo, a população e a amostra quanto as técnicas de pesquisa e os procedimentos para a coleta de dados. São apresentados os procedimentos para análise dos dados e as considerações ética pertinentes ao estudo.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo seguiu um delineado com método qualitativo na investigação, caracterizando-se como descritivo-exploratório. A abordagem qualitativa não se preocupa em estudar o fenômeno individual, mas, sim, coletivo, para a vida das pessoas (MINAYO, 2010). Busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e a constituir hipóteses.

Segundo Minayo (2010), uma pesquisa exploratória se dá desde a elaboração do projeto até as manobras necessárias para entrada em campo de estudo. Esta pesquisa possui a finalidade de facilitar a delimitação do tema, conduzir a construção dos objetivos, formular hipóteses, construir os instrumentos de coletas de dados e explorar o campo.

A carência de estudos no Brasil neste campo e a emergência do tema na atualidade apontam para a necessidade de estudos exploratórios, capazes de contextualizar e explicitar os aspectos envolvidos nesta complexa questão nos serviços de saúde.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo escolhido para a realização desse estudo foi o Hospital Giovanni Battista (HGB). O HGB é conhecido por Mãe de Deus Center (nome fantasia), é um hospital privado e filantrópico, mantido pela Congregação das Irmãs Scalabrinianas de São Carlos Borromeo, situado na cidade de Porto Alegre. Essa instituição faz parte do Sistema de Saúde Mãe de Deus e foi inaugurada em 07 de julho de 2002, e hoje é caracterizado como sendo um hospital dia. Possui 150 funcionários, com 90 destes sendo trabalhadores da enfermagem, e sua principal estratégia é o atendimento

cirúrgico ambulatorial. Além do serviço cirúrgico (Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica) a instituição possui serviço de hemodiálise e oncologia. O CC, cenário da coleta de dados, é composto por oito salas cirúrgicas, são realizados em torno de 600 cirurgias por mês, sendo, em média, 30 procedimentos por dia das mais diversas especialidades (traumatologia, ginecologia, urologia, estética). Cabe ao enfermeiro gerenciar a distribuição das cirurgias nas salas do CC, assim como, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem em suas atividades, inclusive no preenchimento correto do *Checklist* da Cirurgia Segura. Essa instituição tem implantado o Núcleo de Segurança do Paciente de 2013, conforme a RDC 36 de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Nessa instituição, o técnico de enfermagem é o profissional que realiza o preenchimento do *Checklist* da cirurgia segura, juntamente com a equipe médica em sala cirúrgica, por isso, esses foram os atores dessa pesquisa.

No período da coleta de dados, o Centro Cirúrgico do HGB contava com uma população de 56 técnicos de enfermagem de diferentes turnos de trabalho, todos convidados a participar da pesquisa. Para compor a amostra desse estudo, adotou-se como critérios de inclusão: adesão voluntária através de uma lista de inscrição e interesse em discutir a temática e disponibilidade de participar da coleta de dados. Os critérios de exclusão consistiram em contrato de trabalho por tempo determinado, gozo de algum tipo de licença ou afastamentos prolongados.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizados a Técnica de Grupo Focal e os métodos fotográficos de pesquisa, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo. Os encontros de grupos focais e da caminhada fotográfica foram precedidos de uma reunião com os dirigentes da instituição no dia 29 de janeiro de 2014, onde esteve presente o Diretor Técnico do HGB. Em consonância com os pressupostos metodológicos do estudo, essa reunião teve o objetivo de apresentar o projeto de investigação e comprometer os dirigentes com os resultados e possíveis alternativas de melhoria que surgissem no decorrer da pesquisa.

Ao término da reunião ficou acordado um novo encontro para apresentar os resultados da pesquisa, que será realizado após a aprovação pela banca avaliadora.

4.4.1 Técnica de Grupos Focais

Os dados foram coletados por meio da Técnica de Grupo Focal (GF), um recurso cada vez mais utilizado quando se pretende explorar um tema ou uma situação, sustentada pela relação entre sujeitos e pesquisadores (DALL'AGNOL, et al., 2012; SHAHA, WENZEL, HILL, 2011).

Grupo Focal acontece em grupos pequenos, porém, precisam ser planejados para serem bem sucedidos. É uma sessão grupal na qual os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico, tendo o apoio de um moderador, a fim de estimular os participantes a compartilharem ideias e se envolverem nas discussões, bem como não permitir que alguns participantes dominem o debate ou todo o grupo (MINAYO, 2010). A seleção dos participantes de um grupo focal deve ser bastante criteriosa, pois há grupos em que os participantes apresentam dificuldades ou inibem-se, sendo que a amostra deve ser intencional e de acordo com o objetivo do estudo (MINAYO, 2010).

Foram realizados dois grupos focais entre os meses de março e junho de 2014, ambos no turno da manhã, no horário das 11h às 12h30min, em uma sala de reuniões no HGB que viabilizou assegurar a privacidade do grupo. Para a realização destes, foi disponibilizada uma lista para inscrição dos profissionais que tiveram interesse em participar do estudo. Houve inscrição de 14 técnicos de enfermagem para o primeiro grupo, sendo confirmada a participação com os 12 primeiros inscritos. Compareceram ao primeiro grupo focal 8 técnicos de enfermagem. No segundo encontro houve a inscrição de oito profissionais e todos participaram. Salientamos que quatro dos participantes frequentaram os dois grupos.

O pesquisador principal conduziu as discussões seguindo o guia de temas (Apêndice A) com auxílio do observador - pesquisador mestrando, que colaborou nos aspectos logísticos de controle de tempo, manuseio do gravador e anotações sobre peculiaridades da comunicação verbal e não verbal entre os participantes.

Para o emprego da Técnica de Grupo Focal, houve uma equipe de coordenação composta pelo coordenador (pesquisadora responsável) que exerceu a função de moderador/mediador, e pelo observador (pesquisador mestrando) cuja "tarefa implica em pensar junto e intercambiar impressões sobre o desenvolvimento grupal e os fatos mais relevantes de cada encontro" (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Desta forma, conforme as autoras, cabe ao coordenador conduzir os debates,

encorajando os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão do estudo, mantendo a discussão focalizada.

Do observador, exige-se atenção constante e habilidade de análise e de síntese, uma vez que, em sintonia com o coordenador, auxiliará na condução das sessões, registrando os encontros, captando as reações dos integrantes do grupo, controlando o tempo, monitorando o equipamento de gravação e realizando apoio logístico. Assim, prevê-se que, após cada sessão, o coordenador e o observador reúnam-se no intuito de realizar um *feedback* sobre o que ocorreu nos encontros e planejar os subsequentes.

A seguir, são apresentadas as etapas que foram desenvolvidas no primeiro encontro e reforçadas no segundo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999):

- a) **Abertura da sessão:** boas vindas, apresentação da equipe (moderador, observador), momento que foi apresentado os objetivos e finalidades, bem como a técnica utilizada;
- b) **Integração dos participantes:** apresentação dos participantes entre si, momento de formação de vínculo;
- c) **Esclarecimento sobre a dinâmica de discussões:** momento em que foi relatado o papel do moderador, observador e dos participantes, sempre privilegiando a escuta e pró-atividades nas discussões. Sinalizado que não há resposta certa ou errada, estando aberto às controvérsias, a fim de enriquecer o grupo;
- d) **Setting grupal:** momento em que foram realizados acordos “contrato grupal”, falado sobre a pontualidade, assiduidade, respeito mútuo, uso de aparelho celular, saídas ao toalete, saídas antecipadas, lanche, etc. Foi firmado um acordo com o grupo sobre a confidencialidade, reforçando que o que foi falado no grupo ficará no grupo. Foram realizadas explicações pertinentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- e) **Debate:** foi centrado no guia de temas (APENDICE B), seguindo as questões de acordo com os objetivos do estudo;
- f) **Encerramento do encontro:** propostos acertos e combinações para a construção da caminhada fotográfica, agradecimentos.

Os encontros foram gravados em áudio, para assegurar a fidedignidade das informações. Foram realizados dois encontros de GF, um primeiro para discussão de temas de interesse e para levantamento de tópicos para comporem o roteiro da caminhada fotográfica (Apêndice B). O qual foi validado por um membro do grupo, que, posteriormente, acompanhou a caminhada fotográfica pelo centro cirúrgico. O segundo encontro teve como foco principal discutir as fotos, caracterizando-se como grupo focal para elicitación fotográfica.

4.4.2 Métodos Fotográficos Digitais de Pesquisa

Os métodos de pesquisa fotográficos fornecem um meio de dados e análise que pode ser menos restritivo e mais preciso do que outros métodos. Através da coleta de dados por métodos fotográficos o pesquisador pode captar aspectos reais, sem distorções, ou mesmo evidenciar, quando palavras sozinhas não forem entendidas. Esse método também proporciona meios de capturar fenômenos organizacionais em tempo real ou combinação através de dados históricos, podendo comparar fenômenos organizacionais ao longo do tempo. Também, auxilia para registrar por onde o pesquisador passa, sem negligenciar, sendo utilizado como convite para os membros da instituição a participarem da caminhada (RAY, SMITH, 2012).

Essa técnica foi aprimorada pela pesquisadora orientadora deste estudo, através da experiência vivenciada em intercâmbio de estudos realizado no Canadá, na Universidade de Alberta em Edmonton no primeiro semestre de 2011. O aluno mestrando teve a oportunidade de vivenciar a experiência de aprimorar a técnica de métodos fotográficos em um intercâmbio de estudos realizado no Canadá, na Universidade British Columbia em Kelowna no mês de setembro de 2014.

Os métodos fotográficos de pesquisa restaurativa se originam a partir de trabalhos em torno da gestão ecológica e ecossistema que foi adaptado para estudos na área da saúde, mais precisamente para a enfermagem (GIMENES et al. 2014).

Os métodos fotográficos incluem a participação da comunidade pesquisada, além de propor melhorias através da elucidação das fotos. As fotografias conseguem ilustrar como está a unidade em estudo, a fim de discutir futuras melhorias com o grupo participante dos grupos focais ou dirigentes institucionais. Uma ampla gama de questões pode ser identificada pelos participantes, além de reconhecer e discutir sobre o funcionamento da unidade, que, no dia a dia, pode não estar tão visível (MARCK et al., 2014).

Esta técnica de pesquisa também é utilizada nas áreas da antropologia e sociologia e, mais recentemente, na área do marketing e contabilidade, com a intenção de explorar fenômenos de características físicas e de comportamento, além de entender a teoria da identidade social, estrutura familiar, localidades, classe social e organizações (RAY, SMITH, 2012).

Para a realização das fotos no cenário de estudo, foi convidado um dos quatro participantes que frequentaram os dois grupos focais, a fim de que pudesse contribuir e relatar o que o grupo queria retratar através das fotografias. A caminhada fotográfica ocorreu no mês de maio, no turno da manhã, no horário das 10h às 12h, seguindo o roteiro elaborado para conduzi-la. A mesma foi guiada pelo profissional técnico de enfermagem, pela professora orientadora que coordenou e supervisionou a aplicação do método, pois foi o primeiro contato do aluno mestrando, pelo fotógrafo (aluno mestrando) e por um *takenoter*, aluna mestranda que realizou as anotações de identificação das fotos e registros em formulário específico (Apêndice C).

O método restaurativo tem por objetivo relacionar os métodos ecológicos e sociais, a fim de trabalhar questões sociais, éticas, regulatórias, econômicas e sistêmicas impactando significativamente na área da saúde estendendo-se a comunidade em geral. Aplicando métodos fotográficos de pesquisa, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo, pode-se integrar as melhores formas do pensamento de maneira sistêmica nas ciências de engenharia, organizacionais e de segurança (MARCK; CASSIANI, 2005).

A pesquisa na linha do pensamento ecológico e restaurativo vem ao encontro da atenção aos sistemas sociotécnicos da assistência (tais como medicação, registros do paciente, entre outros) com uma avaliação criteriosa da ecologia geral do ambiente onde o cuidado é prestado, além de analisar como as pessoas se relacionam umas com as outras no ambiente de trabalho, para desenvolver as melhores práticas dentro de ciclos contínuos de pesquisa, avaliação e gerenciamento adaptativo (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). É dada atenção especial à história e à cultura de um lugar e seus habitantes, e explora-se o significado de hábitos do dia a dia e costumes comunitários (MARCK; CASSIANI, 2005).

Nesse sentido, entende-se que a adoção dos métodos de pesquisa fotográficos, ancorados na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo e na técnica de grupos focais, permitiu explorar aspectos fundamentais da prática diária dos profissionais de enfermagem no centro cirúrgico e que contribuem para responder aos objetivos propostos neste estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das informações foi a partir das discussões da técnica de grupo focal, e de métodos fotográficos de pesquisa, sendo norteada pela técnica de análise de conteúdo tipo temática proposta por Minayo (2010).

A Técnica de Análise de Conteúdo tipo temática, é composta por três etapas (MINAYO, 2010):

- a) **Pré-análise:** os dados dos grupos focais e da caminhada fotográfica foram transcritos pelo próprio mestrando, o que permitiu uma imersão no conjunto de informações, pela exposição repetida ao conteúdo gravado e ao texto digitado. Sempre tendo em foco os objetivos do estudo, foram realizadas leituras flutuantes exaustivas do material, preparando a próxima fase.
- b) **Exploração do material:** a partir dos dados brutos, buscou-se os núcleos de sentidos dos textos, destacando-se palavras, expressões, frases ou parágrafos que emergiram das discussões em relação ao fenômeno em estudo. As informações e as fotos digitais foram organizadas em arquivos no programa *NVivo10*. Essa ferramenta permitiu analisar os dados qualitativos e organizar as diferentes fontes de dados após as transcrições literais das discussões dos grupos focais e da narrativa dos métodos fotográficos, bem como as gravações em áudio, fotos, anotações de campo, formulários e roteiros que orientaram a realização das fotos.
- c) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretações:** nesta fase os dados foram codificados em *nós* (temas – termo do programa *NVivo 10*) e posteriormente agrupados em três categorias. À medida que as categorias foram sendo construídas e interpretadas, buscou-se a consistência do processo de análise e codificação. Ressalta-se que todo o processo foi sendo realizado ao longo de cada etapa do estudo, ou seja, após cada grupo focal ou caminhada fotográfica, o processo de análise e interpretação era repensado. Deste modo, foram surgindo oportunidades de melhoria no cenário da investigação, no decorrer da pesquisa.

A abordagem de métodos fotográficos participativos proposta por Marck et al. (2014) permitiu a incorporação das sugestões dos participantes para modificar o ambiente de cuidado e melhorar a segurança do paciente. Isto também foi possível pelo papel de gestor do mestrando pesquisador que

implementou ao longo do estudo alguns dos aspectos levantados nos grupos focais e registrados nas imagens da caminhada fotográfica.

6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Este projeto foi submetido ao Exame de Qualificação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e protocolado na COMPESQ da UFRGS.

Posteriormente, em atenção às determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a proposta da pesquisa foi apreciada pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Mãe de Deus (HMD) de Porto Alegre sob o parecer nº CAAE: 26690914.9.0000.5328.

Para a coleta de dados foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada participante do grupo focal que, através da assinatura nas duas vias desse documento (um para o participante e outra para o pesquisador), manifestou sua concordância em participar do estudo e sua anuência quanto a gravação em áudio (APÊNDICE D). Também foram fornecidas orientações para cada participante da caminhada fotográfica ou fotos digitais e distintos TCLEs foram elaborados para pacientes/familiares e médicos/funcionários (APÊNDICES F e G).

O direito à confidencialidade foi assegurado a todos os que se expuseram nos grupos focais, uma vez que os dados foram coletados sem identificação dos sujeitos, sendo preservado o anonimato e firmado o compromisso com o uso criterioso das informações obtidas apenas para fins desse estudo (GOLDIM, 2000). O anonimato dos participantes dos grupos focais e da caminhada fotográfica foi preservado por meio da adoção de códigos no material transcrito. A cada participante (P) foi atribuído um número (P1, P2, [...] P8) tanto para cada grupo focal quanto para as narrativas da caminhada fotográfica.

As fotos foram identificadas pelo número da ordem sequencial de realização e pelo título proposto a partir do roteiro da caminhada fotográfica. A edição das imagens teve o intuito de preservar as informações de identificação e a exposição desnecessária dos profissionais e pacientes, mesmo que estes tenham permitido o uso das imagens para fins deste estudo. Aos pacientes e profissionais que participaram das técnicas de coleta de dados com uso de fotos digitais, foi ressaltado

que seus nomes não apareceriam nas fotos e que as mesmas seriam editadas de forma a preservar suas identidades; no entanto, salientou-se que a utilização de imagens poderia comprometer a manutenção de uma identidade confidencial.

O direito de recusa ou de interrupção da participação a qualquer momento foi garantido sem que isso representasse qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento ao participante. É importante destacar, por conseguinte, que a pesquisa é isenta de vinculação hierárquica com o hospital ou de influências que possam interferir no vínculo empregatício dos sujeitos. Ressalta-se ainda que nenhum dos participantes recebeu ajuda financeira ou qualquer outro benefício para participar deste estudo.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos por meio da técnica de grupos focais e dos meios fotográficos de pesquisa, na perspectiva do pensamento ecológico e restaurativo, realizados com os técnicos de enfermagem do centro cirúrgico.

O material empírico produzido a partir dos debates e discussões nos grupos focais, das observações e anotações de campo, assim como das fotos resultantes da caminhada fotográfica, foi organizado e agrupado em três categorias, as quais são apresentadas a seguir: **Checklist para a segurança do paciente: ainda um desafio, Dificuldade de adesão ao checklist da Cirurgia Segura, Etapas do Checklist.**

5.1 Checklist para a segurança do paciente: ainda um desafio

Nesta categoria foram agrupadas as ideias trazidas pelos participantes dos grupos focais que se referem ao reconhecimento de que o *checklist* é um recurso fundamental para prevenir falhas e promover a segurança do paciente. Durante os debates foram mencionadas situações de falhas ocorridas em outros hospitais por falta do uso de um instrumento padronizado de acompanhamento do paciente no período pré e trans-operatório. Também foram destacados aspectos estruturais da unidade que podem interferir na segurança do paciente.

Nos debates foi ressaltado que o *checklist* é de suma importância e contribui como uma barreira para prevenir possíveis erros de lateralidade do procedimento cirúrgico e de troca de paciente na sala operatória, além de assegurar a correta identificação do paciente no momento do preparo para ingressar no centro cirúrgico.

Os participantes reforçam que essa temática ainda necessita ser trabalhada entre os membros da equipe, pacientes e familiares, apesar da segurança do paciente e situações de eventos adversos serem temas que estão presentes na mídia nos dias atuais. Reiteram que percebem a necessidade dos pacientes sentirem-se seguros, por meio de instrumentos de registro e acompanhamento de todas as fases pré, trans e pós-operatórias. Também apontam que são necessárias algumas mudanças no processo de aplicação do *checklist*, pois ainda encontram dificuldades na execução integral dos protocolos previstos. O excerto a seguir, retrata um desses aspectos:

- A maioria de nós já realizou cirurgia plástica, o que tu queres é se sentir segura, se sentir bem e o hospital te passar segurança em relação ao procedimento que tu vais fazer é muito importante. E se tu te colocares no lugar do paciente como paciente, acho muito importante. (P1)

(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

Antes de ingressar na sala de cirurgia, o paciente é admitido na sala de triagem^a, onde acontece uma entrevista, a fim de informar sobre o uso de medicamentos, alergias, procedimentos cirúrgicos prévios, além de confirmar o que será realizado. Este é um momento de iniciar o processo de enfermagem no CC, onde essas informações serão, posteriormente, utilizadas tanto na sala operatória quanto na sala de recuperação pós-anestésica.

A sala de triagem tinha como rotina a permanência de um técnico de enfermagem, esse admitia os pacientes, preenchia documentos, verificava sinais vitais e encaminhava os pacientes para a sala de cirurgia, porém, diversas vezes os pacientes, após serem admitidos, ficavam sozinhos, esperando serem chamados na sala de triagem, porque esse funcionário saía para auxiliar outros colegas, para realizar intervalo de descanso ou buscar material para atendimento. Outro aspecto a ser destacado é que as entrevistas ocorriam junto aos demais pacientes, não respeitando a privacidade das informações.

A partir das considerações levantadas no primeiro encontro do grupo focal, houve oportunidade de mudanças e melhoria nos processos da sala de triagem. Organizaram-se espaços adequados para condução das entrevistas de avaliação e preservação das informações dos pacientes. Programou-se remanejamento e contratação de funcionários, com o objetivo de manter uma pessoa fixa em cada turno de trabalho, com o propósito de evitar a permanência de pacientes sozinhos naquele ambiente e melhorar a orientação pré-operatória. Acredita-se que essas medidas podem contribuir para diminuir o estresse e ansiedade do paciente no período que antecede ao ingresso na sala cirúrgica. A imagem da Figura 1 retrata este momento da sala de triagem anterior às mudanças realizadas:

^a Triagem – local destinado ao recebimento dos pacientes pré-cirúrgicos.

Figura 1 – Foto #2: Admissão dos pacientes na sala de triagem



Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

Os trechos a seguir expressam os debates dos membros do grupo focal 2, quando reiteravam a necessidade das melhorias no processo de admissão de pacientes no centro cirúrgico:

- Todos os pacientes ficam expostos ali, um ouvindo o relatório do outro, teria que ter uma parte mais reservada pro paciente expor né, na entrevista. (P4)
- O paciente se sente inseguro no momento da entrevista, porque ele está relatando coisas pessoais e tem outros pacientes ouvindo ali. (P1)
- Uma coisa que foi melhorada é que antes o paciente ficava muito tempo sozinho ali né. Antes tinha uma colega ali e tinha que ajudar no CME, agora fica uma pessoa fixa ali. (P2)

(Grupo Focal 2, 28/06/2014)

Quando o paciente é admitido na sala de triagem, tem confirmados seus dados de identificação, através de pergunta verbal, prontuário e pulseira branca com o registro dos seus dados. Essa pulseira é colocada no braço direito de acordo com o Padrão Operacional Técnico^b (POT) no momento da abertura do boletim de atendimento na recepção cirúrgica da instituição. A pulseira é instalada no braço direito pelo recepcionista, esse já informa o motivo do uso e a importância dessa pulseira. Após o paciente ser encaminhado para a sala de triagem do centro cirúrgico, o mesmo troca de roupa, é entrevistado, são verificados seus sinais vitais, realizado o histórico de enfermagem e, nesse momento, se houver a sinalização de alergia, será

^b Padrão Operacional Técnico é a nomenclatura utilizada pela instituição que equivale ao Procedimento Operacional Padrão (POP) adotado em outras instituições.

colocada uma pulseira de cor laranja^c, além de uma etiqueta de cor vermelha no seu prontuário, a fim de realçar a sinalização de presença de alergia desse paciente para a equipe médica e de enfermagem.

O técnico de enfermagem reforça a orientação com o paciente sobre o uso da pulseira de identificação e pulseira de risco para alergia, esse reforço se faz necessário para que o paciente acompanhe o que está acontecendo e pelo motivo de acontecer na instituição auditorias dos processos assistenciais, a fim de, averiguar se os mesmos estão sendo seguidos. A auditoria é realizada por meio de questionário ao paciente, confirmando se o mesmo foi orientado sobre o uso da pulseira no momento do seu ingresso.

A identificação do paciente através da pulseira reforça o cumprimento da meta nº 1 da segurança do paciente, preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), evitando, assim, erros de identificação ou troca de nomes entre os pacientes. Os momentos que antecedem à chamada para a cirurgia, geram ansiedade e nervosismo, podendo ocasionar dificuldades e bloqueios do paciente para ouvir o seu nome, ou nomes similares. Outro aspecto importante a ser destacado, para o uso de pulseiras de identificação e sinalização de alergias, diz respeito à prevenção de administração inadequada de medicamentos aos quais o paciente é alérgico, reforçando a segurança do paciente.

Sempre que qualquer membro da equipe cirúrgica for buscar o paciente na sala de triagem deve chamá-lo pelo nome completo, conferir com o prontuário e pulseira de identificação, além de reforçar com o paciente a presença de risco de alergia. Em sala cirúrgica, no momento do preenchimento do *checklist*, esses mesmos itens devem ser confirmados, além de ser ratificado o nome do procedimento a ser realizado. A figura 2 demonstra o uso das pulseiras de identificação e de risco para alergia na instituição em estudo. As manifestações que seguem, apresentam opiniões dos membros do grupo de discussão:

^c Apesar de haver uma orientação da REBRAENSP-POLO RS para a padronização e utilização da pulseira de cor vermelha para sinalizar a presença de alergias em pacientes, na instituição em estudo a pulseira adotada para sinalizar alergias permanece na cor laranja.

Figura 2 – Foto #4: Pulseira de identificação do paciente e de risco de alergia



Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

- No momento que a gente recebe o paciente, quem estiver na triagem tem que confirmar com o paciente nome completo, antes dele entrar, ou no momento em que ele está se trocando, a gente faz a confirmação para a segurança do paciente. [...] é identificado se o paciente é alérgico, se for, a gente coloca ali na hora. (P1)

- Comigo já aconteceu de chamar o paciente, e não era o paciente chamado. Eles têm medo do desconhecido. Eu acho maravilhoso ter uma pulseira para identificação. Tudo é pouco. (P3)

(Grupo Focal 2, 28/06/2014)

Segundo o relato dos participantes dos grupos focais, o *checklist* da cirurgia segura da instituição foi modificado e melhorado com o passar dos anos, ficou mais claro e fácil para trabalhar, diminuindo alguns erros de preenchimento. Para a segurança do paciente é muito importante conferir os materiais, ver se a sala cirúrgica está preparada para o procedimento certo, além de conferir o material que o anestesista irá usar. A primeira etapa do *checklist* deve ser preenchida antes do paciente entrar na sala de cirurgia, deve acontecer ainda na triagem, nesse momento o preenchimento tem a participação do paciente, com a confirmação de dados. A figura 3 demonstra o preenchimento da primeira etapa do *checklist* da cirurgia segura.

Figura 3 – Foto #3: Preenchimento da primeira etapa do *checklist*

Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

- Antes o *checklist* era diferente, foi se modificando, foi melhorando. Com o passar do tempo ele foi se modificando, a gente foi se adaptando. (P3)
(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

- Mesmo a gente pedindo para o paciente confirmar o nome, o paciente está nervoso em função da cirurgia, eles olham a pulseira errada e confirmam o nome. (P1)

(Grupo Focal 2, 28/06/2014)

É importante ressaltar que o *checklist* da cirurgia segura passou a ser informatizado após a realização do segundo grupo focal. Os participantes gostaram muito da ideia, acreditam ser mais eficaz, pois não precisam ficar escrevendo, tornando o processo rápido, já que nas etapas a serem realizadas, o *checklist* já fica exposto via sistema. Para reforçar a realização do *checklist* da cirurgia segura, foi fixado um quadro com os dados mais importantes a serem preenchidos para o procedimento em questão. A intenção foi de replicar as informações do *checklist* no sistema informatizado para esse quadro, a fim de deixar a mostra para a equipe que está participando do procedimento e reforçar as seguintes informações: nome do paciente, nome do cirurgião e anestesista, procedimento a ser realizado, anestesia utilizada, lateralidade, momento e nome do antibiótico utilizado e uso do protocolo de prevenção de trombose. A figura 4 a seguir retrata o quadro que foi implantado na sala operatória:

Figura 4 – Informações do *checklist* fixadas no quadro nas salas cirúrgicas

HOSPITAL GIOVANNI BATTISTA
SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS

SEGURANÇA DO PACIENTE

DIA		SALA
INÍCIO	TÉRMINO	

• ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Paciente: _____ Aviso: _____

Procedimento: _____

Cirurgião: _____

Anestesia: _____

Anestesista: _____

OBSERVAÇÕES

Contagem de Compressas

Instrumental: _____

Compressas: _____

LATERALIDADE:
 Direito
 Esquerdo
 Não se aplica

Prevenção TVP:
 Meia: Sim Não
 Bomba retorno venoso: Sim Não
 Anticoagulante: Sim Não

Aplicação de Antimicrobiano
 Sim Qual: Não
 Antes da Incisão: Sim Não
 Após da Incisão: Sim Não

ALERGIA:
 Sim Qual:
 Não

Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

- Eu acho que no sistema será melhor. (P2)
- Uma excelente ideia, eu acho que vai melhorar. (P1)
- O que acontece, até a gente chegar lá e pegar os dados que estão aqui no papel e preencher. A maioria das vezes a gente não tem acesso ao paciente. Por exemplo, eu estou como circulante na sala, eu estou com uma determinada equipe, eles vão lá, eles buscam o paciente. Não esperam. O que acontece: eles não trazem os papéis, tu chegou depois de buscar alguma coisa na farmácia, tu chega à sala e o paciente já tá muitas vezes puncionado, aí tem que correr atrás dos papéis, cadê o papel, qual é o nome do paciente, como é que é isso.... Tem que ver esse lado também. Nós não temos acesso ao paciente. (P7)

(Grupo Focal 2, 28/06/2014)

Durante a realização dos grupos focais foi sinalizado à importância em manter o corredor interno do centro cirúrgico livre para a passagem de pacientes e equipe, garantindo a segurança para os mesmos e evitando algum acidente no momento de encaminhar o paciente até a sala cirúrgica. Os corredores devem estar livres para a circulação diária, além de ser utilizado como rota de fuga em caso de qualquer intercorrência na unidade. A partir das conversas no segundo grupo focal, o fluxo de paciente foi invertido, evitando que o paciente passasse por corredores cheios, acarretando uma aparência desagradável e negativa da instituição, além de oferecer risco de acidente aos pacientes. A figura 5 retrata o corredor sendo ocupado por carros de materiais do CME, além de aparelho de RX, mesa, dentre outros.

- Esses dias eu tive que passar com o paciente e tinha outras caixas ali, eu tive que parar, pedir licença para o paciente e arredar as caixas para passar. [...] Até pela segurança do paciente, ele passa por ali a gente conduz o paciente, tem que desviar, é um risco. Não é uma visão muito boa. (P1)

- Aconteceu um episódio, um tempo atrás, que o rapaz foi levar o arco do RX e eu vinha com uma paciente, e ele com o arco distraído, tive que colocar a paciente pro lado, porque ele ia bater em mim e na paciente. O corredor é estreito. (P4)

(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

Figura 5 – Foto #1: Corredor de circulação para acesso ao centro cirúrgico



Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

Além do corredor, foi comentada a importância de organizar a sala de triagem para os pacientes, ter uma mesa menor, uma televisão melhor, além de deixar um funcionário fixo.

- Espaço pequeno para acolher o paciente. (P1)
- O espaço é pequeno. (P6)
- Todos os pacientes ficam expostos ali, um ouvindo o relatório do outro, teria que ter uma parte mais reservada pro paciente expor né, na entrevista. (P4)

(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

Após o encontro e discussões no primeiro grupo focal, os participantes perceberam as mudanças que aconteceram, e comentaram já no segundo encontro do grupo focal. Foi trocada a televisão, a mesa foi substituída por uma menor, na sala de triagem, deixando espaço para circulação, além de pintura, proporcionando uma melhor aparência do ambiente. Também foi criado um espaço para a realização das

entrevistas com privacidade, junto ao vestiário masculino e feminino, com a intenção de proporcionar privacidade entre os pacientes no momento da entrevista de admissão, e mais dois espaços para a marcação de pele pré-operatório, um espaço junto ao vestiário feminino e outro junto à sala de recuperação pós-anestésica, aumentando para três ambientes de marcação e fotografia^d, proporcionando maior comodidade e agilidades para pacientes, médicos e equipe, evitando assim, atrasos de ingresso dos pacientes na sala cirúrgica.

5.2 Dificuldade de adesão ao *checklist* da Cirurgia Segura

Nesta categoria foram agrupados os motivos da não adesão, bem como as dificuldades frente ao cumprimento dos protocolos de aplicação do *checklist* da cirurgia segura.

Conversando com o grupo, percebe-se que todos conhecem o instrumento para a realização do *checklist* da cirurgia segura, porém, referem ter dificuldades para o preenchimento do mesmo, principalmente pela necessidade de agilizar o processo e encaminhar rapidamente o paciente à sala de cirurgia.

Para acontecer de maneira adequada o uso do *checklist* da cirurgia segura, a equipe médica e de enfermagem necessitam de treinamento, pois todos devem conhecer o instrumento e os benefícios do mesmo para, assim, incentivar o seu uso.

–Só que a maioria de nós, assim, a gente tem uma barreira com o *checklist* dentro de sala, em função dos nossos médicos. [...] Porque tem alguns médicos que não aceitam. [...] então, a gente criou uma maneira, assim, até pra gente não bater de frente com eles [...] não ficar um pouco constrangedor para o paciente, que essa é uma das nossas maiores dificuldades aqui. [...] O que a gente criou, a gente vem desde a recepção do paciente, a gente vem se comunicando em relação ao *checklist*, para poder finalizar na sala. (P1)

(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

No grupo focal foi comentada a situação da retirada de um nevo de um paciente errado. O paciente foi chamado pelo nome, porém, o médico que realizou o procedimento não era o médico cirurgião do paciente. O médico e o paciente não se

^d Fotografias – procedimento realizado pelas equipes médicas, a fim de registrar o momento pré-operatório.

reconheceram e faltou atenção da equipe de enfermagem em confirmar os dados de identificação, procedimento e médico. O procedimento foi realizado corretamente, ou seja, foi retirado o sinal, porém o médico não era o que estava na agenda.

Após a realização do procedimento foi explicado para o paciente e relatado ao médico desse paciente, a fim de informar o que havia ocorrido. Os participantes do grupo focal reforçam a importância da conferência dos documentos, não ter pressa para iniciar o procedimento, além da realização do *checklist* da cirurgia segura, que na época não estava implantado na instituição.

- Aconteceu uma situação de um médico operar o paciente errado, que foi uma excisão e sutura pequena e aí, às vezes eles não identificam o paciente que tem, vão descobrir na hora o paciente e aconteceu de um cirurgião operar outro paciente que não era dele (P1).

- Até tu presenciou, tu olhou pra mim, o médico chegou, é esse o paciente? (risos), nem sabia e eu assim, tá aqui na folha que é o seu paciente Dr. Nem ele mesmo sabia quem era o paciente dele (P4).

(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

O *checklist* da cirurgia segura já está sendo aplicado em diversos hospitais no Brasil e pelo mundo, por isso é um caminho que deve permanecer. Entretanto para que seja realizado de maneira adequada, é necessário a capacitação e orientação das equipes de enfermagem e médica, além de reforçar e explicar a importância de realizar esse processo de maneira correta, pois além de beneficiar o paciente, os profissionais terão maior segurança para realizar seus procedimentos, evitando qualquer falha que venha a acarretar dano ao paciente.

Durante a caminhada fotográfica não foi observado a realização do *time out* (pausa antes da incisão cirúrgica quando o paciente já está anestesiado). É importante ressaltar que a aplicação da pausa cirúrgica "*time out*", é um dos momentos mais importantes do *checklist*, pois é o momento de confirmar os membros da equipe cirúrgica, além de reconfirmar o sitio cirúrgico, a fim de garantir a segurança do paciente. Sendo assim, observa-se que o *time out* não acontece na prática, pois, em algumas situações, o impresso do *checklist* da cirurgia segura estava preenchido em diversas etapas e ainda o paciente não estava anestesiado, em outra

situação o paciente está sendo operado e o *checklist* permanece em branco, sendo preenchido ao final do procedimento cirúrgico.

5.3 Etapas do *Checklist*

Nesta categoria abordaram-se as ideias relativas às etapas do *checklist* que por diversas vezes não transcorre de maneira correta, o *checklist* é preenchido por completo, mas as etapas não acontecem no momento correto.

Nos grupos focais discutiu-se que existem falhas no preenchimento do *checklist* da cirurgia segura, em algumas situações o instrumento é preenchido antes de iniciar a cirurgia ou após o término da mesma, para agilizar o processo.

A marcação da lateralidade cirúrgica deve ocorrer de acordo com o POT institucional, onde o paciente realiza a primeira marca cirúrgica (círculo de cor vermelha) com o acompanhamento de um profissional da enfermagem, já a segunda marca, deve ser realizada pelo médico cirurgião através de um círculo de cor azul, com a intenção de confirmar onde será realizado o procedimento, porém essa segunda confirmação não ocorre.

- Nas cirurgias de traumato, alguns cirurgiões têm um grande volume de cirurgias, a gente pergunta: a próxima paciente e a dona fulana, eles não lembram quem é, vão lembrar na sala. O médico não faz a segunda marcação de lateralidade. (P1)

(Grupo Focal 1, 18/03/2014)

- É, que na minha opinião, esse *checklist*, faz antes, por que numa cirurgia muito corrida e a gente tem que tirar o paciente, e esse papel vai junto. Então, se tu não preenche naquele momento que tu pode preencher tudo rápido tu não consegue preencher depois e vai faltando pra sala de recuperação. (P8)

(Grupo Focal 2, 28/06/2014)

Na figura 6 é demonstrada a marcação cirúrgica sendo realizada pela paciente e a não confirmação pelo médico cirurgião. A figura em destaque realça que ocorreu apenas a marcação de lateralidade realizada pela paciente, já a segunda marcação que deve ser realizada pelo médico cirurgião não aconteceu. No momento da confirmação da lateralidade pelo médico, o mesmo estava realizando a escovação

cirúrgica das mãos. Sendo assim não aconteceu a confirmação da lateralidade pelo cirurgião.

Figura 6 – Foto #8 e #9: Marcação da lateralidade



Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

O *checklist* é preenchido por completo, porém as etapas não são cumpridas no momento correto. Isto pode ser garantido pelo controle que é feito na chegada do paciente na sala de recuperação, quando é conferido a presença e o completo preenchimento do *checklist*. Na caminhada fotográfica foi percebido que em alguns casos o paciente ainda estava em cirurgia e o *checklist* já estava todo preenchido ou não havia iniciado o preenchimento, em outro procedimento o paciente ainda estava acordado, conversando com a equipe e sendo preparado para o procedimento e o documento já estava preenchido em grande parte evidenciando que o *time out* não acontece.

No grupo focal os técnicos de enfermagem enfatizam que a equipe médica não permite que o documento seja preenchido no momento correto, acelerando o processo cirúrgico, para viabilizar a realização de vários procedimentos em sequência. Esta situação acarretou dúvidas entre os membros do grupo: o documento do *checklist* da cirurgia segura foi apresentado para as equipes médicas como um protocolo institucional? Quais são as estratégias institucionais para padronizar o uso do *checklist* entre as equipes médicas? Está claro o papel da equipe de enfermagem em reforçar o uso deste documento para as equipes médicas?

A figura 7 apresenta um *checklist* totalmente preenchido, sendo que nesse momento ainda não havia terminado o procedimento.

Figura 7 – Foto #5: Preenchimento do *checklist*

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	TIME OUT - Antes da Incisão (Equipe paramentada)	CHECK OUT Antes da Saída do Paciente
<p>→ Confirmar com a Equipe →</p> <p>Procedimento: Lipo + abdomen Lado / Local abordado: dorsal / ventral</p> <p>Confirmar com o Anestesiologista Dificuldade de via aérea / risco de aspiração: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim. Equipamentos disponíveis:</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500ml (adulto) ou > 7ml/kg (criança): <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim. Paciente tipado e reserva de Sangue</p> <p>Exames e Imagens Essenciais estão expostas (de fácil acesso): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Equipamentos Específicos/OPME: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>	<p>Confirmar membros da equipe pelo Nome e Função</p> <p>Reconfirmação do Sítio Cirúrgico Marcado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Sim. Antes da incisão Antibiótico/Dose: cefazolin 2gr <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Confirmar com Circulante: <input checked="" type="checkbox"/> Todos os equipamentos estão disponíveis e funcionando conforme planejamento cirúrgico.</p> <p>Confirmar com Instrumentador: <input checked="" type="checkbox"/> Esterilização confirmada do Instrumental <input checked="" type="checkbox"/> Indicadores de esterilidade estão disponíveis <input type="checkbox"/> OPME necessário disponível ou <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>	<p>→ Confirmar com Equipe Médica →</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prescrição realizada / Sumário de Alta <input checked="" type="checkbox"/> Descrição Cirúrgica (OPME, Materiais Utilizados) <input type="checkbox"/> Justificativas ou <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Confirmar com Instrumentador <input checked="" type="checkbox"/> Contagem de instrumentais, gases, compressas e agulhas Obs.:</p> <p>Confirmar com Circulante: <input checked="" type="checkbox"/> Débitos lançados no boletim de Sala <input checked="" type="checkbox"/> Equipamentos funcionaram corretamente</p> <p>Equipamento: <input type="checkbox"/> Solucionado <input type="checkbox"/> Trocado <input type="checkbox"/> Identificação de anátomo-patológicos</p> <p>Nº de Peças: <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Oximetria de transporte</p> <p>OBS.:</p>
Instrumentador	Anestesiologista	Cirurgião

Fonte: Autor, Porto Alegre, 2014.

A primeira etapa do *checklist* da cirurgia segura contempla a confirmação das informações com a equipe antes da indução anestésica, essa etapa muitas vezes não é seguida, pois em algumas situações observou-se como não preenchida. É importante ressaltar que o *checklist* é preenchido e assinado pela equipe médica em todas as etapas, porém, durante a caminhada fotográfica, não identificou-se a realização da pausa cirúrgica para a confirmação das informações pertinentes ao procedimento cirúrgico e paciente, sendo presenciado em diversas oportunidades o início do ato cirúrgico sem a realização do *timeout*.

6 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram o reconhecimento da equipe de enfermagem da importância do uso do *checklist* da cirurgia segura para garantir a segurança do paciente no centro cirúrgico. No entanto, algumas etapas desse processo ainda não são cumpridas e observa-se dificuldade de adesão pelas equipes.

O estudo de Amaral e Oliveira (2013) aponta que os passos do *checklist* da cirurgia segura não são totalmente executados, comprovando que há falhas relacionadas ao registro do protocolo. Outro estudo descreve que a adesão ao *checklist* depende muito da cultura de segurança da instituição, além do comprometimento dos gerentes e dos trabalhadores da linha de frente (HAYNES et al., 2011).

Nesse estudo, a confirmação da lateralidade do procedimento cirúrgico não é sempre confirmada pelo médico cirurgião, em vários momentos, apenas o paciente realiza a marcação com o auxílio da enfermagem na sala de admissão cirúrgica.

A *Association of periOperative Registered Nurses* (2014), publicou em conjunto com as Metas Nacionais de Segurança do Paciente, relatório sobre a importância da marcação de lateralidade cirúrgica, reforçando que deve acontecer no pré-operatório e com tempo hábil, tendo certeza do local a ser operado. Esse processo tem por objetivo evitar operar a pessoa errada, realizar o procedimento em local errado, além de evitar procedimentos que coloquem em risco a segurança do paciente e equipe. A confirmação da marcação cirúrgica é de competência médica, a fim de garantir o local correto a ser operado.

Cirurgia em local errado não deveria acontecer, no entanto é um problema constante na área da saúde, comprometendo a segurança do paciente. A marcação de lateralidade cirúrgica é uma maneira de proteger os pacientes, reforçando a segurança e evitando erros ou possíveis danos decorrentes de procedimentos cirúrgicos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013).

A marcação cirúrgica é muito importante, sendo esse o melhor momento para o paciente confirmar onde será a sua cirurgia, além de ter o reforço do médico cirurgião, gerando uma dupla checagem frente a marcação de lateralidade, evitando assim, eventos adversos ou sentinela que possam prejudicar o paciente.

Em seu estudo, Thomassen (2010) reforça a necessidade de trabalhar a cultura e estrutura organizacional, tais como comunicação insuficiente e falta de

tempo, pois são barreiras para o sucesso da implementação dos protocolos assistenciais. O mesmo autor acredita que com o envolvimento dos gestores assistenciais, em especial o médico, a adesão do *checklist* da cirurgia segura torna-se mais efetivo.

Os achados deste estudo convergem com os aspectos apontados na literatura (Thomassen) sobre a falta de tempo e falta de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, como barreiras para o sucesso da implementação de protocolos e lista de verificação da cirurgia segura.

Apesar da importância do *checklist* referida pelos participantes como uma barreira para evitar falhas nos procedimentos cirúrgicos e dos achados da literatura (Thomassen) que comprovam a redução desses eventos adversos, na instituição em estudo o acompanhamento das taxas de complicações pós-operatória e mortalidade relacionadas ao uso do *checklist* ainda é baixa, sendo que um dos motivos que podem contribuir para esse resultado é o fato da instituição ser caracterizada como hospital dia, não havendo procedimentos de grande porte. Os pacientes são classificados segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) como paciente saudável e com doença sistêmica discreta, respectivamente ASA 1 e 2 (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2014).

Com a aplicação do *checklist*, as taxas de complicações cirúrgicas baixaram de 11% para 7% e as taxas de mortalidade reduziram de 0,9% para 0,6%. As taxas globais de infecção cirúrgica e reintervenção não planejada também diminuíram significativamente (HAYNES et.al., 2009).

Um estudo realizado em oito hospitais mostrou que o uso do *checklist* da cirurgia segura reduziu taxas de complicações pós-operatórias e mortalidade em média de 36%, sendo necessária uma mudança de comportamento da equipe cirúrgica (HAYNES et al., 2009). Outro estudo refere que tinha um índice de complicações de 11% e após a implantação do *checklist* esse número reduziu para 7%, mais uma vez, com melhor adesão aos indicadores de segurança (HAYNES et al., 2011).

O estudo de Fourcade et al., (2012), relata que no início da implantação do *checklist* da cirurgia segura, houve uma porcentagem de adesão baixa, em torno de 61%, havendo muitos problemas com a adaptação. Após a adesão do *checklist*, esse indicador elevou-se para 90%. Algumas dificuldades para a implantação do *checklist* da cirurgia segura, destacando que podem ser de diversas espécies como:

organizacionais, habilidades humanas, características culturais e crenças, incluindo duplicação de atividades em razão de verificação existentes, uso inadequado, tempo consumido, tempo inadequado, comunicação ruim entre os profissionais, falta de familiaridade entre os profissionais, vergonha e hierarquia na sala de cirurgia (TANG et al., 2013).

Na instituição em estudo, existe um indicador usado para monitorar o preenchimento do *checklist*. Esse dado é coletado através de uma planilha preenchida pela enfermeira no momento da chegada do paciente na Sala de Recuperação. Esse indicador tem uma meta de preenchimento de 85%, porém a instituição não atingia a meta estabelecida, permanecendo em torno de 60% de preenchimento. Após a implantação de uma nova ferramenta de coleta e capacitação das equipes assistenciais, os indicadores vêm se mantendo em torno de 92% de preenchimento correto, sendo que quando um dos itens do *checklist* não está preenchido corretamente ou está incompleto, esse indicador é caracterizado como não conforme. É importante salientar que esse indicador avalia o preenchimento do protocolo e não acompanha a aplicação das etapas do *checklist* da cirurgia segura.

De acordo com a OMS, o *checklist* pode sofrer mudanças na estrutura, pois precisa estar de acordo com a realidade de cada instituição de saúde (PANCIERI et al., 2013).

Os participantes compactuam com a ideia de aderir ao *checklist* da cirurgia segura, pois temem no dia em que forem pacientes. Reforçam que o *checklist* contribui como uma barreira para prevenir possíveis erros de lateralidade e troca de pacientes entre um paciente e outro, pois nos relatos destes, as equipes médicas estão sempre com pressa. O documento, também assegura a correta identificação do paciente no momento do preparo cirúrgico. Porém, os pesquisados referem que os médicos não têm paciência para realizar o *checklist*, referindo que “perde-se muito tempo”.

Um estudo de Haynes et al. (2011), afirma que, dos 281 participantes, 93,4% gostariam que fosse realizado o *checklist* da cirurgia segura se fossem submetidos a um procedimento cirúrgico, sendo que apenas quatro entrevistados (1,6%) não teriam interesse. Esse mesmo estudo apresenta que, dos 257 médicos que preencheram o instrumento de *checklist* da cirurgia segura, 80% referiram ser fácil de realizar, enquanto 19% referiram que levou muito tempo para preencher. Em outro estudo os

participantes também referiram interesse em ter o *checklist* aplicado na sala cirúrgica onde participassem do procedimento (PANCIERI et al., 2013).

O uso do *checklist* da cirurgia segura está associado com a redução de complicações gerais em pacientes cirúrgicos, além de fornecer um meio seguro aos pacientes e minimizar os riscos através de uma maior coesão da equipe e coordenação. É importante salientar a adesão do *checklist* para aumentar o controle e contribuir para uma cultura de segurança (GILLESPIE et al., 2014).

Outros aspectos que foram levantados, a partir das discussões nos grupos focais, referem-se a como os técnicos de enfermagem, mesmo após o treinamento sobre o preenchimento e importância do *checklist* da cirurgia segura sentem-se habilitados para a aplicação do instrumento. Estas ponderações levam a questionar se eles valorizam esse instrumento. Muitas vezes é apenas mais um documento a ser preenchido e, em alguns casos, esquecido, sendo resgatado somente quando sentir necessidade. Diante dessas considerações, pode-se supor que, em algumas situações, a equipe de enfermagem não se sente responsável por cobrar da equipe médica o seguimento do protocolo, já que o mesmo não parece ser valorizado por esses profissionais, que atribuem ao preenchimento do *checklist* a demora em iniciar os procedimentos cirúrgicos.

Durante o estudo foi comentado sobre a ansiedade que o paciente demonstra antes do procedimento cirúrgico, por isso foi organizado o espaço onde os pacientes permanecem antes de serem conduzidos para a sala cirúrgica, a fim de reduzir a ansiedade. Também, foi realocado um funcionário para permanecer fixo nessa sala, onde esse funcionário realiza a entrevista do paciente em um local reservado, evitando assim exposição dos pacientes perante os outros.

O estudo de Thomassen (2010), relata que a ansiedade do paciente pode ser prevenida por cuidados de saúde, através do treinamento dos funcionários que estão no atendimento em linha de frente, a fim de mantê-los confiantes para a condução da entrevista.

Os métodos fotográficos utilizados na pesquisa contribuíram para que os profissionais reavaliassem o local de trabalho, bem como a aplicação das atividades e rotinas assistenciais. No momento da elucidação das fotos no segundo grupo focal, não foi necessário falar, pois os participantes interpretaram as fotos e identificaram melhorias bem como situações que necessitavam de ajustes.

Esta situação também foi destacada no estudo de Gimenes et al. (2014), no qual foi apontado que fotografia participativa restaurativa ajudou profissionais de enfermagem a (re)pensar e colaborar, gerando melhorias significativas para o projeto físico, disposição e organização da cultura de segurança dentro de seu ambiente de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para ancorar essa pesquisa foi aplicada a metodologia fotográfica restaurativa que é muito utilizada no Canadá e, com o passar dos anos, foi sendo adaptada para a área da saúde, em especial a enfermagem. No Brasil, ainda é um método novo, existem poucos estudos publicados com essa metodologia. Através dos métodos fotográficos podemos reforçar os relatos dos participantes que são os principais atores desse estudo, pois são eles que atuam diariamente na linha de frente na unidade pesquisada e conhecem realmente como as rotinas transcorrem.

Neste estudo, discorreu-se sobre a aplicação do *checklist* da cirurgia segura, além de descrever os principais fatores que podem afetar o preenchimento do mesmo, assim como as ideias e experiências dos profissionais com esta ferramenta.

É importante destacar que o *checklist* da cirurgia segura ocorre na instituição em estudo, contudo, as etapas de preenchimento desta lista de verificação não ocorrem no tempo certo, sendo que, em algumas situações foi percebido o protocolo preenchido sem ter paciente na sala cirúrgica e em outra situação, o paciente já estava em procedimento e o documento não estava preenchido.

Acreditamos ser de suma importância envolver as equipes médicas quanto à importância da aplicação do *checklist* da cirurgia segura, além de (re) capacitar as equipes de enfermagem, a fim de seguir corretamente o protocolo do *checklist* instituído, minimizando situações de desvalorização e ridicularização da rotina.

É apresentado nesse estudo que existe grande dificuldade de adesão das equipes médicas, pois não permitem a aplicação do *checklist* da cirurgia segura por acharem que perderão tempo, afirmando que terão outros procedimentos agendados no decorrer do turno. Também, a participação do anestesista é de suma importância, pois os pesquisados referiram ter muita dificuldade em atuar com os anestesistas, sendo que esse profissional em algumas situações busca o paciente na sala da triagem, enquanto o técnico de enfermagem circulante está organizando o material. Por esse motivo, quando o circulante retorna para a sala, muitas vezes, o paciente já está anestesiado, aguardando o cirurgião, sendo assim, as etapas do *checklist* não são cumpridas.

O enfermeiro precisa estar muito presente nessa etapa, sendo necessário revisar a atuação do técnico de enfermagem nesse processo, fica claro que esse profissional muitas vezes não está empoderado para estimular as equipes médicas

quanto à aplicabilidade do *checklist* da cirurgia segura nas etapas corretas. A aplicação do *checklist* da cirurgia segura leva um tempo de menos de três minutos, mas traz grande benefício para paciente e equipes de saúde. A aplicação de maneira correta desse protocolo contribui para o reconhecimento assistencial das equipes na instituição.

Os dados deste estudo demonstram e apoiam achados da literatura quanto às dificuldades de aplicação do *checklist*. Apesar da constatação de que a lista de verificação chega na sala de recuperação pós-anestésica 100% preenchida, podendo levar à interpretação de que esse indicador está perfeito, foi possível observar por meio do uso de métodos fotográficos, uma falha na aplicação e preenchimento desse documento quanto à efetiva realização das etapas no momento correto, que asseguram a adoção de barreiras para prevenir falhas e eventos adversos.

A natureza participativa dos métodos de pesquisa fotográficos restaurativos oportunizou o engajamento dos profissionais do campo de estudo e possibilitou realizar muitas melhorias, a partir de sugestões e propostas dos mesmos. Outro aspecto que merece ser destacado, diz respeito ao duplo papel de pesquisador e gestor da instituição investigada. A medida que o grupo vivenciou o comprometimento do pesquisador e da instituição com o projeto, constatando que suas opiniões foram acolhidas e foram sendo implementadas, na medida do possível, reforçou o compromisso do grupo com a cultura de segurança no ambiente de trabalho.

Isto reforça a importância da participação dos líderes dos processos assistenciais no estímulo e acompanhamento da aplicação de protocolos como o *checklist* da cirurgia segura, fortalecendo um ambiente de trabalho com um diálogo aberto e cooperativo sobre as questões que envolvem a segurança dos pacientes, dos profissionais e dos ambientes.

Várias melhorias ocorreram e foram discutidas ao longo do estudo, como as mudanças na sala de triagem, ou a implementação de um quadro com a replica dos principais itens do *checklist*, deixando exposto para todos os integrantes da equipe médica e de enfermagem no momento do procedimento cirúrgico, reforçando a segurança cirúrgica para o paciente e equipes. Melhoramos o fluxo dos pacientes, evitando que os mesmos pudessem sofrer algum acidente de percurso até a sala cirúrgica, sendo que hoje o caminho até a sala cirúrgica está melhor, livre de carros, mesas, dentre outros materiais que interrompiam o fluxo do paciente e equipes.

Estas ações, implementadas ao longo do estudo, reforçam a viabilidade e benefícios do uso desta metodologia participativa para a identificação e proposição de estratégias para a melhoria da segurança dos processos nos ambientes de trabalho. Além disso, entende-se que esta abordagem agrega um forte componente educativo que favorece o fortalecimento da cultura de segurança nas organizações, propiciando momentos de repensar e refletir sobre as atividades cotidianas.

Entende-se que o duplo papel de pesquisador e gestor do local pesquisado, contribuiu para o alcance das melhorias e mudanças propostas nos processos de trabalho. Isto reforça as possibilidades da aplicação prática da pesquisa nos ambientes de cuidado, entendida neste caso como uma das implicações relevantes do estudo.

O Sistema de Saúde Mãe de Deus já utilizava fotografias para evidenciar as visitas dos gestores nas áreas em diversos hospitais da rede, porém sem uma metodologia. Através dessa pesquisa, acreditamos que serão bem vindos e aplicados os métodos fotográficos na perspectiva restaurativa, pois a prática já existe, o que necessita é conhecer e aplicar a metodologia, além de contribuir com publicações, reforçando cada vez mais a aplicação desse método no campo da saúde, em especial a enfermagem.

Apesar da relevância dos achados da presente investigação, deve-se considerar as limitações do estudo, delimitado por uma única instituição, em período reduzido de tempo e com características de centro cirúrgico ambulatorial, o que restringe as possibilidades de comparações com outros cenários semelhantes.

Ressalta-se a importância dos resultados obtidos por meio da análise da aplicação do *checklist* da cirurgia segura no campo descrito, pois os mesmos podem contribuir para o ensino, a prática e a gerência de enfermagem em centros cirúrgicos de maior complexidade. Como um tema recente no contexto brasileiro, pondera-se a necessidade estudos subsequentes, que possam contribuir para a compreensão deste fenômeno e subsidiar estratégias de implantação e adequações desta ferramenta para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Annual report on research and management**. Rockville, 2001. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt01/>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Annual report on research and management**. Rockville, 2004. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/annrpt04/>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

AMARAL, J. G.; OLIVEIRA, F. E. S. Acompanhamento da rotina de um centro cirúrgico: há um protocolo de cirurgia segura? **Revista UNINGÁ**, Maringá, n. 36, p. 13-22, abr./jun. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/171007.htm>> Acesso em: 17 mai.2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. **ASA physical status classification system**. Schaumburg, 2014. Disponível em: <<http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES. **The Universal protocol, created to address the continuing occurrence of wrong site, wrong procedure and wrong person surgery**. Denver, 2014. Disponível em: <https://www.aorn.org/Clinical_Practice/ToolKits/Correct_Site_Surgery_Tool_Kit/Correct_Site_Surgery_Tool_Kit.aspx>. Acesso em 09 dez. 2014.

BATALHA, E. M. S. S. **A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino**. 2012. 153 f. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-03012013-105906/>>. Acesso em: 18 fev.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 529 de 01 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 18 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: 02 fev. 2015.

CAPUCHO, H.C.; BRANQUINHO, S.; REIS, L.V. **Gerenciamento de riscos e segurança do paciente**. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2010.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15082012-132458/>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

CRUZ, Y. L.; ALGONSO, P. M.; PÉREZ, A. C. D. Seguridad del paciente en la cirugía refractiva con láser. **Revista Cubana de Oftalmología**, La Habana, v. 25, n. 1, [10 telas], 2012. Disponível em: <http://www.revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/29/html_42>. Acesso em: 18 maio 2014.

DALL'AGNOL, C. M. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 186-190, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2014.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4218/2228>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 82, no. 12, p. 892, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623103/pdf/15654400.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

FARLEY DO et al. **Assessment of the AHRQ patient safety initiative: focus on implementation and dissemination evaluation report III (2004-2005)**. Santa Monica: RAND Corporation, 2007. Disponível em: <http://rand.org/pubs/technical_reports/2007/RAND_TR508.pdf>. Acesso em: 24 mar.2014.

FASSINI, P. H.; G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 290-299, ago. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4966>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

FLETCHER, M. **The quality of Australian health care: current issues and future directions.** Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000. Occasional Papers: Health Financing Series, v. 6. Disponível em: <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1A0D1857F9101D2FC A257BF0001F96F1/\\$File/ocpahfsv6.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/1A0D1857F9101D2FC A257BF0001F96F1/$File/ocpahfsv6.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2014.

FOURCADE, A. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, no. 3, p. 191-197, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285141/>>. Acesso em 17 maio 2014.

GILLESPIE, B. M. et al. Effect of using a safety checklist on patient complications after surgery: a systematic review and meta-analysis. **Anesthesiology**, Philadelphia v. 120, no. 6, p. 1380-1389, June 2014.

GIMENES, F. R. E. et al. Engaging nurses to strengthen medication safety: fostering and capturing change with restorative photographic research methods. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, Apr. 2014. doi: 10.1111/ijn.12304. (Epub ahead of print)

GOLDIM, J.B. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 347-354, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10326>> Acesso em: 20 mar. 2014.

HAYNES, A.B. et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 360, no. 5, p. 491-499, Jan. 2009.

HAYNES, A.B. et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 20, no. 1, p. 102-107, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system.** Washington. D.C.: National Academy Press, 2000.

JERICÓ, M.C; PERROCA, M.G; PENHA, V.C. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1239-1246, set./out. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission para hospitais.** 4. ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. International patient safety goals created. **Joint Commission Perspectives**, Chicago, v. 26, no. 2, p. 8, 2006.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **The Joint Commission history**. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Joint_Commission_History.pdf>. Acesso em: 18 maio 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **National patient safety goals effective**. 2013. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/hap_2014_npsgs/>. Acesso em 08 dez. 2014.

MAGALHAES, A. M. M. de; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n.esp., p. 146-154, 2013.

MARCK, P.; CASSIANI, S. H. B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 750-753, out. 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar.2014.

MARCK, P. et al. Exploring safety and quality in a hemodialysis environment with participatory photographic methods: a restorative approach. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 41, no. 1, p. 25-35, 2014.

MASSOCO, E. C. P. **Percepção da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente**. 2012. 152 f. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-22082012-154853/>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Safer healthcare**. 2008. Disponível em: <<http://www.npsa.nhs.uk/>> Acesso em: 24 mar.2014.

OLIVEIRA, R. C. Safety culture and safety climate in health institutions. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 6, n. 6, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3025/pdf_1062>. Acesso em 03 mai. 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Histórico**. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>> Acesso em: 18 mai.2014.

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

- RAY, J. L.; SMITH, A. D. Using photographs to research organizations: evidence, considerations, and application in a field study. **Organizational Research Methods**, Thousand Oaks, v. 15, no. 2, p. 288-315, 2012. Disponível em: <<http://orm.sagepub.com/content/early/2011/12/19/1094428111431110.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 mai.2014.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, no. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/18.short>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- SHAHA, M.; WENZEL, J.; HILL, E.E. Planning and conducting focus group research with nurses. **Nurse Research**, Harrow, v. 18, no. 2, p. 77-87, 2011.
- THOMASSEN et al. Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. **BMC Health Services Research**, London, v.10, n. 342, 2010.
- UNITED KINGDOM. Department of Health. **Building a safer NHS for patients: implementing an organisation with a memory**. London, 2007. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/browsable/DH_4097460>. Acesso em: 24 mar. 2014.
- VENDRAMINI, Regiane Cristina Rossi et. al . Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 827-832, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300039&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2014.
- VRIES, E.N. et al. Development and validation of the Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 18, no. 2, p. 121-126, 2009.
- WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
- WALKER, A.; RESCHAMWALLA, S. WILSON, I. H. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 109, no. 1, p. 47-54, 2012.
- WEISER, T.G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. **The Lancet**, London, v. 372, no. 9633, p. 139-144, 2008.
- WEISER, T.G. et al. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. **Annals of Surgery**, Philadelphia, v. 251, no. 5, p. 976-980, May 2010.

WILSON, R.M.; VAN DER WEYDEN, M.B. The safety of Australian healthcare: 10 years after QAHCS. **The Medical Journal of Australia**, Pyrmont, v. 182, no. 6, p. 260-261, 2005. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/issues/182_06_210305/wil10087_fm.html>. Acesso em: 24 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Meeting report:** action on patient safety (high 5s) planning meeting. Geneva, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/MeetingReport_29-30_Sept2006.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety:** rapid assessment methods for estimating hazards. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe surgery saves lives frequently asked questions:** updated May 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/>. Acesso em 08 fev. 2014.

APÊNDICE A: PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL – GUIA DE TEMAS

Pontos Chaves	Aspectos a serem enfatizados	Tempo previsto
Abertura	1. Será realizado um acolhimento, dando boas vindas, agradecimento, explicado o propósito do grupo focal e esclarecimento sobre os aspectos éticos, preenchimento do TCLE. 2. Apresentação da equipe - destacando o papel do moderador e do observador. 3. Apresentação dos participantes (interação entre o grupo). 4. Lanche para integração	10 min
Dinâmica de discussão e retomada dos aspectos éticos	5. Enfatizar as trocas de experiências, frisar que não existe resposta certa ou errada. 6. Esclarecer sobre o uso do gravador. 7. Reforçar sobre os aspectos éticos (confidencialidades e recolher o TCLE.	05 min
Contrato grupal Setting	8. Relatar o número de encontros (antes e depois da caminhada fotográfica), falar sobre a importância da frequência/participação a fim de colaborar com a construção das ideias do grupo. 9. Pontualidade (Início e término dos encontros). 10. Respeito à fala – estimular que todos possam expressar suas opiniões sem represália.	10 min
Objetivos da Pesquisa	11. Analisar a aplicação do <i>Checklist</i> da Cirurgia Segura no centro cirúrgico para a Segurança do paciente. ✓ Descrever os principais fatores que podem afetar o preenchimento do <i>checklist</i> da cirurgia segura segundo a percepção dos profissionais de enfermagem; ✓ Explorar as ideias e experiências dos profissionais de enfermagem com o uso do <i>Checklist</i> da Cirurgia Segura.	10 min

Guias de Temas	<p>Questões norteadoras para definir o roteiro da Caminhada fotográfica (CF)</p> <p>O que vocês consideram um procedimento cirúrgico seguro?</p> <p>Na opinião de vocês, quais os aspectos que influenciam na aplicação do <i>Checklist</i> da Cirurgia Segura?</p> <p>Como que a equipe multiprofissional realiza a aplicação do <i>Checklist</i> da Cirurgia Segura?</p> <p>Qual a influência do <i>Checklist</i> da Cirurgia Segura no cuidado prestado ao paciente no perioperatório?</p>	45 min
Encerramento	<p>Síntese dos aspectos levantados e discutidos</p> <p>Síntese dos pontos a serem explorados na CF – Validação com o grupo de pontos para compor o roteiro da CF</p>	10 min

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A CAMINHADA FOTOGRÁFICA*

1 – *Checklist* da cirurgia segura

Checklist – barreiras encontradas para o preenchimento – **por parte da equipe médica.**

Adaptação do *checklist* - não realização do *checklist* na sala cirúrgica

Lateralidade – marcação/não da lateralidade na sala da triagem – **cirurgião não faz a segunda marcação de lateralidade.**

Identificação do paciente – o médico não sabe quem é o paciente – **alguns cirurgiões lembram do paciente quando ele é trazido para a sala.**

Segurança paciente – o uso do *checklist* proporciona segurança para os pacientes

2- Melhorias

Checklist – antes e atualmente (prático)

Formulário – melhoria para o registro

Integradores – registro dos integradores de esterilização

Marcar o uso de moldes e próteses de silicone

3- Etapas do *checklist*

Formulário - não preenchido no momento correto

Time out – não acontece – **pressão da equipe médica.**

4 – Recursos físicos e materiais

Corredores – **livre acesso, sem macas, hampers, equipamentos.**

Triagem – **os pacientes ficam muito tempo sozinhos na triagem aguardando a hora da cirurgia.**

Sala cirúrgica

*As palavras destacadas foram sugeridas pelo participante da caminhada fotográfica.

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE ANOTAÇÕES DE FOTOGRAFIAS DIGITAIS

Configuração de resolução _____X_____

Fotografo: Nery

Data: 30/05/2014 Hora: 10h30min

Local: Centro Cirúrgico HGB (Mãe de Deus Center)

Participantes: 1- Adriane (facilitador da Caminhada Fotográfica)

2- Ana (Pesquisadora principal) Narradora

3- Gabriela (*Takenoter* – Anotações)

Foto	Tema – Título	Descrição física	Flash On/Off	Repetição	Anotações

Adaptado de *Safer Systems Research Program* – <http://www.nursing.ualberta.ca/SaferSystems> - *Designing an Infection Control Intervention Using Photographic Research Methods*. P Marck PI & S Woosley Co-PI; G Davis, M Joffe, M Howell, L Ginter, S Iupul; Research Staff: L Toon, E Meier, M Chan, PhD Scholars: F Gimenes, C Backman: MN student: A Kaestelic, Honours Undergraduate Student: M Howell. In Magalhães, AMM. Carga de Trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –¹ GRUPO FOCAL*

Projeto de Pesquisa: Segurança do Paciente: o *Checklist* da cirurgia segura no centro cirúrgico

Pesquisador: Nery José de Oliveira Junior²

Pesquisador Responsável: Ana Maria Muller de Magalhães³

Ao participante:

Venho por meio deste, solicitar sua colaboração em participar da pesquisa acima denominada e obter o seu consentimento como participante nas atividades de Grupos Focais.

O objetivo a que se propõe este estudo é analisar a implantação do *Checklist* da Cirurgia Segura no centro cirúrgico.

O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do pesquisador para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães. Assim, é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital.

Para a coleta de dados, propõem-se duas reuniões grupais entre os participantes em uma sala do próprio hospital com duração de até 1 hora e 30 minutos. As sessões serão gravadas em MP3, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda do pesquisador por 5 anos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Garantir-se-á o anonimato dos participantes. Os diálogos que forem selecionados para compor o material publicável retornarão ao grupo para validação.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o enfermeiro Nery José de Oliveira Junior, que pode ser encontrado no Centro Cirúrgico do Hospital Giovanni Battista, Telefone: 33789919 ou 93150748. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Hospital Mãe de Deus.

É garantida a liberdade da exclusão do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao seu vínculo empregatício na Instituição;

Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros técnicos de enfermagem, não sendo divulgada a identificação de nenhum entrevistado;

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, nem ao Hospital Mãe de Deus. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Estou ciente sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou até mesmo o meu desligamento da instituição.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar deste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo. Também estou ciente de que poderei optar pela desistência de participar do estudo, a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim.

Porto Alegre, ____/____/____

Nome e assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Pesquisador

¹Este documento obedece as Normas de Pesquisa em Saúde, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

²E-mail: nery.oliveirajr@gmail.com; Fone: (51) 93150748

³E-mail: amagalhaes@hcpa.ufrgs.br;

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário, 2012; 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CAMINHADA FOTOGRÁFICA – FOTOS DIGITAIS, NARRATIVAS DAS FOTOS*

Projeto de Pesquisa: Segurança do Paciente: o *checklist* da cirurgia segura no centro cirúrgico

Pesquisador: Nery José de Oliveira Junior

Pesquisador Responsável: Ana Maria Muller de Magalhães

Você está sendo convidado a fazer parte deste projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar a implantação do *Checklist* da Cirurgia Segura como estratégia no centro cirúrgico de um hospital privado na cidade de Porto Alegre.

O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do pesquisador para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães. Assim, é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital.

Nesta pesquisa utilizam-se os princípios da restauração ecológica para estudar e reparar sistemas, com o propósito de identificar, avaliar e acompanhar as mudanças ou prejuízos que os mesmos tenham sofrido ao longo do tempo. Para a coleta dos dados, propõe-se o uso de fotografias digitais do ambiente e reuniões grupais entre os participantes.

Procedimento: Uma parte do estudo envolve o desenvolvimento de um Catálogo Fotográfico Digital, o qual é feito com fotos tiradas no centro cirúrgico. Estas fotos irão mostrar aspectos referentes ao uso do *checklist*. Uma das melhores maneiras para compreender alguns aspectos que são foco deste estudo é fotografar áreas específicas e características da unidade, enquanto discute-se com membros da equipe que estão familiarizados com estas questões no local em estudo. As fotos serão analisadas, discutidas e usadas para estudar possíveis propostas de melhoria. As fotos serão realizadas durante a caminhada fotográfica pelo centro cirúrgico, com gravação das narrativas e discussões sobre as imagens que estão sendo coletadas.

Confidencialidade: Antes de fotografar você será lembrado que o seu consentimento é voluntário. Seu nome não aparecerá nas fotos e se sua imagem for usada, sua identidade permanecerá confidencial. Se você não quiser que uma foto tirada seja usada, fale para a equipe de pesquisa e ela não será usada. A informação que você compartilhar com os pesquisadores durante a caminhada pelo centro cirúrgico poderá ser ouvida por outros membros da equipe, pacientes ou familiares. Você e a equipe de pesquisa serão vistos durante a realização da caminhada.

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário, 2012; 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Você deve somente dar informações as quais você se sente confortável em compartilhar com a equipe de pesquisa.

As imagens, as gravações e transcrições das narrativas da caminhada fotográfica serão mantidas em arquivos protegidos com o pesquisador responsável por pelo menos 5 anos após o término do projeto, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Garantir-se-á o anonimato dos participantes conforme eles desejarem, com edição de imagens e omissão de identificação de nomes nas transcrições das gravações.

Você poderá entrar em contato a qualquer momento com a equipe de pesquisa, através dos seguintes telefones:

Pesquisador Nery Oliveira Jr – (51) 93150748 e (51) 33789919.

Pesquisadora responsável Ana Magalhães – (51) 32370636.

Você também poderá entrar em contato a qualquer momento com as instituições que aprovaram a realização do estudo:

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus – (51) 32306087.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – (51) 33085081.

Riscos e benefícios: Sua participação na realização da caminhada fotográfica da pesquisa não deverá representar qualquer risco funcional. Se você não concordar em participar da pesquisa, isto não poderá representar nenhum prejuízo no seu trabalho. A sua participação não terá nenhum custo para você e também não representará nenhuma forma de ressarcimento financeiro. A sua participação poderá ajudar no estudo de propostas de melhoria no trabalho da equipe de enfermagem neste hospital, assim como contribuir para melhorar a segurança no atendimento aos pacientes.

Se você concorda em participar neste estudo, será solicitado que:

a) Você leia e complete este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por favor, mantenha uma cópia do mesmo para o seu registro.

b) Participe da seção de caminhada fotográfica e consinta com o uso de sua imagem na forma de fotos digitais e de seus depoimentos ou narrativas gravadas durante a realização das fotos. As imagens e textos transcritos das narrativas sobre as fotos também poderão ser usados em possíveis apresentações do estudo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo. Também estou ciente de que poderei optar pela desistência de participar do estudo a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim. Este termo está sendo elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Porto Alegre, ____/____/____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FOTOS DIGITAIS – PARA PACIENTES E FAMILIARES*

Projeto de Pesquisa: Segurança do Paciente: o *checklist* da cirurgia segura no centro cirúrgico

Pesquisador: Nery José de Oliveira Junior

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães

Você está sendo convidado a fazer parte deste projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar a implantação do *Checklist* da Cirurgia Segura como estratégia no centro cirúrgico de um hospital privado na cidade de Porto Alegre.

Procedimento e justificativa: Pretendemos tirar algumas fotos em momentos nos quais a equipe de enfermagem está trabalhando nesta unidade. Mais tarde estas fotos serão discutidas e analisadas com alguns membros destas equipes e poderão ser usadas para possíveis propostas de melhoria no trabalho da equipe de enfermagem neste hospital, assim para melhorar a segurança no atendimento aos pacientes.

Confidencialidade: Em alguns momentos os pacientes poderão estar presentes quando as fotos estiverem sendo realizadas e você será lembrado que isto se trata de uma pesquisa e que sua participação só ocorrerá se você permitir. Seu nome não aparecerá nas fotos e as mesmas serão editadas para preservar sua identidade, entretanto se a sua imagem for usada, sua identidade permanecerá confidencial. Se você não quiser que uma foto seja usada, fale para a equipe de pesquisa e ela não será usada. Você poderá entrar em contato a qualquer momento com o pesquisador Nery Oliveira Jr pelo telefone celular (51) 93150748 ou (51) 33789919 e com a pesquisadora responsável Ana Magalhães – (51) 32370636.

Você também poderá entrar em contato a qualquer momento com: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus (51)32306087 e com o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (51) 33085081, que aprovaram esta pesquisa.

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário, 2012; 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Risco e benefícios: Sua participação na realização de fotos da pesquisa não deverá representar nenhum risco para o seu tratamento, pois nada deve ser alterado na rotina de atendimento do hospital. Se você não concordar em participar da pesquisa, isto não poderá representar nenhum prejuízo no seu atendimento. A sua participação não terá nenhum custo para você.

Para ser preenchida pelo paciente ou responsável por ele	SIM	NÃO
Eu concordo com o uso de minha imagem neste projeto na forma de fotografias digitais	()	()
Eu concordo com o uso de minha imagem neste projeto em forma de apresentações do estudo	()	()

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo. Também estou ciente de que poderei optar pela desistência de participar do estudo a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim. Este termo está sendo elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e uma com o pesquisador.

Porto Alegre, ____/____/____

Nome e assinatura do participante ou responsável

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FOTOS DIGITAIS – PARA MÉDICOS E FUNCIONÁRIOS*

Projeto de Pesquisa: Segurança do Paciente: o *checklist* da cirurgia segura no centro cirúrgico

Pesquisador: Nery José de Oliveira Junior

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães

Você está sendo convidado a fazer parte deste projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar a implantação do *Checklist* da Cirurgia Segura como estratégia no centro cirúrgico de um hospital privado na cidade de Porto Alegre.

O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do pesquisado para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Maria Muller de Magalhães. Assim, é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital.

Para a coleta dos dados, propõe-se o uso de fotografias digitais do ambiente e reuniões grupais entre os participantes.

Procedimento: Uma parte do estudo envolve o desenvolvimento de um Catálogo Fotográfico Digital, o qual é feito com fotos tiradas no centro cirúrgico.

Uma das melhores maneiras para compreender alguns aspectos que são foco deste estudo é fotografar áreas específicas e características do centro cirúrgico, enquanto discute-se com membros da equipe que estão familiarizados com estas questões no local em estudo. As fotos serão analisadas, discutidas e usadas para estudar possíveis propostas de melhoria. As fotos serão tiradas durante uma caminhada fotográfica pelo centro cirúrgico, com gravação narrativa e discussões sobre as imagens que estão sendo coletadas.

Confidencialidade: Antes de fotografar você será lembrado que seu consentimento é voluntário. Seu nome não aparecerá nas fotos, entretanto se a imagem for usada, sua identidade permanecerá confidencial.

*Adaptado de Magalhães, Ana Maria Muller de. **Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário**, 2012. 136f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Se você não quiser que uma foto tirada seja usada, fale para a equipe de pesquisa e ela não será usada. As imagens, serão mantidas em arquivos protegidos com o pesquisador responsável por pelo menos 5 anos após o término do projeto, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Garantir-se-á o anonimato dos participantes conforme eles desejarem, com a edição de imagens.

Você poderá entrar em contato a qualquer momento com o pesquisador Nery Oliveira Jr pelo telefone celular (51) 93150748 ou (51) 33789919 e com a pesquisadora responsável Ana Magalhães – (51) 32370636.

Você também poderá entrar em contato a qualquer momento com as instituições que aprovaram a realização do estudo:

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus (51)32306087

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (51) 33085081

Riscos e benefícios: Sua participação na realização de fotos da pesquisa não deverá representar qualquer risco funcional, pois nada deve ser alterado na rotina do seu trabalho no hospital. Se você não concordar em participar da pesquisa, isto não poderá representar nenhum prejuízo no seu trabalho. A sua participação não terá nenhum custo para você e também não representará nenhuma forma de ressarcimento financeiro. A sua participação poderá ajudar no estudo de propostas de melhoria no trabalho da equipe de enfermagem neste hospital, assim como contribuir para melhorar a segurança no atendimento aos pacientes.

Se você concorda em participar neste estudo, será solicitado que:

- a) Você leia e complete este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por favor, mantenha uma cópia do mesmo para o seu registro.
- b) Consinta com o uso de sua imagem na forma de fotos digitais neste projeto, assim como o possível uso de sua imagem em apresentações do estudo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção dos objetivos e da justificativa do estudo. Também estou ciente de que poderei optar pela desistência de participar do estudo a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim. Este termo está sendo elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Porto Alegre, ___/___/___

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

ANEXO A – CHECKLIST DA CIRURGIA SEGURA EM MODELO IMPRESSO

ANTES DA ENTRADA DO PACIENTE EM SALA CIRÚRGICA	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	TIME OUT - Antes da Incisão (Equipe paramentada)	CHECK OUT Antes da Saída do Paciente
<p style="text-align: center;">↔ Confirmar com o Paciente ↔</p> <p><input type="checkbox"/> Nome</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento</p> <p>Alergias:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Qual:</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece</p> <p>Lateralidade Marcada:</p> <p><input type="checkbox"/> Direito</p> <p><input type="checkbox"/> Esquerdo</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimento Anestesia Assinado</p> <p>OBS:</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico Assinado</p> <p>OBS:</p>	<p style="text-align: center;">↔ Confirmar com a Equipe ↔</p> <p><input type="checkbox"/> Nome</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento</p> <p>Alergias:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Qual:</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece</p> <p>Lateralidade Marcada:</p> <p><input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Confirmar com o Anestesta</p> <p>Dificuldade de via aérea/risco de aspiração:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500ml:</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Paciente tipado c/reserva de sangue</p> <p>Exames e imagens essenciais estão expostos:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Equipamentos específicos/OPME:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar membros da equipe pelo Nome e Função</p> <p>Reconfirmação do Sítio Cirúrgico</p> <p>Marcado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Antimicrobiano profilático:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Antes da incisão <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Antibiótico/Dose:</p> <p>Confirmar com Circulante:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os equipamentos estão disponíveis e funcionando conforme planejamento cirúrgico</p> <p>Confirmar com Instrumentador:</p> <p><input type="checkbox"/> Esterilização confirmada do Instrumental</p> <p><input type="checkbox"/> Indicadores de esterilidade estão disponíveis</p> <p><input type="checkbox"/> OPME necessário disponível ou</p> <p><input type="checkbox"/> NA</p> <p style="text-align: center;">Registrar:</p> <p>Tricotomia:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim Local:</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Local Adesivo da placa de ECT:</p> <p>Descrever posicionamento Pcte.:</p>	<p style="text-align: center;">↔ Confirmar com Equipe Médica ↔</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição realizada</p> <p><input type="checkbox"/> Descrição Cirúrgica (OPME, Materiais Utilizados)</p> <p><input type="checkbox"/> Justificativas ou <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Confirmar com Instrumentador</p> <p><input type="checkbox"/> Contagem de instrumentais, gazes, compressas e agulhas</p> <p>Obs:</p> <p>Confirmar com Circulante:</p> <p><input type="checkbox"/> Débitos lançados no boletim de Sala</p> <p><input type="checkbox"/> Equipamentos funcionaram corretamente</p> <p>Equipamento:</p> <p><input type="checkbox"/> Solucionado <input type="checkbox"/> Trocado</p> <p><input type="checkbox"/> Identificação de anátomo-patológicos</p> <p>Nº de Peças: <input type="checkbox"/> NA</p> <p><input type="checkbox"/> Oximetria de transporte</p> <p>OBS:</p>
Profissional de Enfermagem Carimbo e Assinatura	Circulante Carimbo e Assinatura	Anestesta Carimbo e Assinatura	Cirurgião Carimbo e Assinatura

ANEXO B – CHECKLIST DA CIRURGIA SEGURA INFORMATIZADO

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - HGB		
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	TIME OUT - ANTES DA INCISÃO (Equipe paramentada)	CHECK -OUT Antes da Saída do Paciente
<p style="text-align: center;">Confirmar com a Equipe</p> <p>Nome: SIM Procedimento: SIM</p> <p>Alergias: DESCONHECE Qual: DESCONHECE</p> <p>Lateraldade Marcada: NA</p> <p>Confirmar com Anestesista Dificuldade de via aérea/risco de aspiração: NÃO</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500ml: NÃO</p> <p>Exames e imagens essenciais estão expostos: SIM</p> <p>Equipamentos específicos/OPME: NA</p>	<p style="text-align: center;">Confirmar membros da equipe pelo Nome e Função</p> <p>Reconfirmação do Sítio Cirúrgico Marcado: SIM</p> <p>Antimicrobiano profilático: SIM. Antes da incisão Antimicrobiano/Dose: KEFAZOL 2G</p> <p style="text-align: center;">Confirmar com circulante: Todos os equipamentos estão disponíveis e funcionando conforme planejamento cirúrgico: SIM</p> <p>Confirmar com Instrumentador: Esterilização confirmada do Instrumental: SIM</p> <p>Indicadores de esterilidade estão disponíveis: SIM</p> <p>OPME necessário disponível: NA</p> <p style="text-align: center;">Registrar:</p> <p>Tricotomia: NÃO Local: NA</p> <p>Local adesivo da placa de ECT: COXA ESQUERDA</p> <p>Descrever posicionamento Paciente: DORSAL</p>	<p style="text-align: center;">Confirmar com Equipe Médica</p> <p>Prescrição realizada: SIM</p> <p>Descrição Cirúrgica (OPME, Materiais Utilizados) SIM Justificativa: NA</p> <p style="text-align: center;">Confirmar com Instrumentador:</p> <p>Contagem de instrumentais, gases, compressas e agulhas: SIM OBS: NA</p> <p style="text-align: center;">Confirmar com Circulante:</p> <p>Débitos lançados no boletim de sala: SIM Equipamentos funcionaram corretamente: Equipamentos: SIM</p> <p>Solucionado: SIM Trocado: SIM Identificação de anátomo-patológicos: NA Nº de Peças: NA OBS: NA</p>
Circulante	Anestesista	Cirurgião

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE: o checklist da cirurgia segura como estratégia no centro cirúrgico

Pesquisador: Ana Maria Müller de Magalhães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26690914.9.0000.5328

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCADORA SÃO CARLOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 530.038

Data da Relatoria: 13/02/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pesquisa explanatória, descrita, com abordagem qualitativa será utilizada técnica dos grupos focais e métodos fotográficos de pesquisa na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a aplicação do Checklist da Cirurgia Segura no centro cirúrgico

Objetivo Secundário:

a) Descrever os principais fatores que podem afetar o preenchimento do checklist da cirurgia segura segundo a percepção dos profissionais de enfermagem; b) Explorar as ideias e experiências dos profissionais de enfermagem com o uso do Checklist da cirurgia segura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na realização da caminhada fotográfica da pesquisa e grupos focais não deverá representar qualquer risco funcional. A não concordância em participar da pesquisa, não poderá representar nenhum prejuízo ao trabalho. A participação não terá nenhum custo para o

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 530.038

profissional e também não representará nenhuma forma de ressarcimento financeiro.

Benefícios:

A participação poderá ajudar no estudo de propostas de melhoria no trabalho da equipe de enfermagem no hospital em estudo, assim como contribuir para melhorar a segurança no atendimento aos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Amostra bem esclarecida.

Metodologia bem esclarecida.

Bem descrita as sessões, horários e local do treinamento.

análise de dados: esclarecido.

Apêndice A: Bem esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os Termos e adequados eticamente.

Recomendações:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da resolução CNS 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e elatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério o pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a ecessidade de relatório completo ao final do estudo. No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo otocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em staque na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa e CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as tribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 530.038

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 14 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br