



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

BACHAREL EM ENFERMAGEM

LIDIANE CORECHA MAIA

MARCIA CRISTINA DE LIMA ARAÚJO

ROBSON RAFAEL PONTES CARDOSO

**SEGURANÇA DO PACIENTE: o papel do enfermeiro no controle de
qualidade no centro cirúrgico**

BELÉM

2016

LIDIANE CORECHA MAIA
MARCIA CRISTINA DE LIMA ARAÚJO
ROBSON RAFAEL PONTES CARDOSO

**SEGURANÇA DO PACIENTE: o papel do enfermeiro no controle de
qualidade no centro cirúrgico**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Paraense de
Ensino-FAPEN como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Espec. Uêbem F.Ramos

BELÉM

2016

LIDIANE CORECHA MAIA
MARCIA CRISTINA DE LIMA ARAÚJO
ROBSON RAFAEL PONTES CARDOSO

**SEGURANÇA DO PACIENTE: o papel do enfermeiro no controle de
qualidade no centro cirúrgico**

Aprovado em:_____.

Banca Examinadora:

_____ - Orientador

Prof^o. Espec. Uêbem Fernandes Ramos

_____ FAPEN

Prof^a. Eliane da Costa Lobato da Silva

_____ FAPEN

Prof^a. Mônica Olívia L. de Sá de Souza

BELÉM

2016

LISTA DE SIGLAS

AHRQ- Agência de Pesquisa e Qualidade de cuidado à saúde

CC- Centro Cirúrgico

CHECKLIST- Lista de verificação de Segurança cirúrgica

CSP- Conferência Sanitária Pan-americana

DeCS- Descritores em Saúde

EA- Evento Adverso

EAM- Eventos adversos relacionados à medicamentos

GGTES- Gerência Geral de Tecnologia em Saúde

ICICT- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

IOM- Instituto de Medicina

IRAS- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

JCAHO- *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NSP- Núcleo de Segurança do Paciente

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

PNSP- Plano Nacional de Segurança do Paciente

PROQUALIS- Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente

RAM- Reações Adversas a Medicamentos

RDC- Resolução de Diretoria Colegiada

REBRAENSP- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente

RIL- Revisão Integrativa de Literatura

SAESP- Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória

SciElo- *Scientific Eletronic Library Online*

SOBECC- Associação Brasileira de Enfermeiros do centro cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

DEDICATÓRIA

Aos nossos pais que sempre nos incentivaram no nosso crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

LIDIANE

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde, força e coragem para superar as dificuldades que iluminaram meu caminho durante toda esta longa caminhada, que me sustentou e nunca me abandonou. Por ser essencial na minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Afinal, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele e que sem ele nada eu seria e nem chegaria até aqui.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim. Especialmente a minha mãe Samari, que sempre investiu nos meus estudos, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Ao meu pai que não está mais entre nós, mas que eu tenho a absoluta certeza que se orgulharia muito de mim. Aos meus irmãos e sobrinhos, que nos momentos de minha ausência, dedicados ao ensino superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Ao meu noivo Kennedy, com quem tenho partilhado vida. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo seu carinho.

À Dinalva Correa, minha amiga, obrigada pela sua experiência, pelo seu apoio, carinho e dedicação.

Ao meu orientador Uêbem, que dedicou do seu pouco tempo para compartilhar seus conhecimentos, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no meu próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês as pausas entre um parágrafo e outro melhora tudo o que tenho produzido na vida. Ao amigo Robson e em especial à Márcia, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade, que fizeram parte da minha formação e vão continuar presentes em minha vida, com certeza. Aos meus colegas de classe, a quem aprendi a amar e construir laços eternos. Obrigada por todos os momentos em que fomos estudiosos, brincalhões, atletas, músicos e cúmplices, porque em vocês encontrei verdadeiros irmãos. Obrigada pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Ao mundo, por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir e o que fazer, pois através disso consegui concluir o meu trabalho.

Como já dizia Anitelli: “Sonho parece verdade quando a gente esquece de acordar”. Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinha.

Minha terna gratidão a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação e que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado, meu muito obrigada.

MÁRCIA

Primeiramente a Deus que me concedeu saúde, energia e benefícios para concluir esse trabalho.

À minha família, em especial minha mãe Zelita que me incentivou todos os anos que estive na Faculdade.

Aos meus colegas de turma que participaram da pesquisa deste trabalho.

Ao meu orientador Uêbem Fernandes pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus irmãos, Marcos e Marcela que me apoiaram e indiretamente contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Ao meu esposo Maicon que sempre me apoiou, ajudou nas pesquisas e incentivou-me a não desistir para que eu chegasse até o final.

Ao meu amigo Fábio que me ajudou desde o início.

À todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

ROBSON

Primeiramente a Deus por ter me dado forças para não desistir dos meus sonhos.

Aos meus familiares pelo apoio ao longo desse curso.

“Não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente”.

(BRASIL, 2014,p.17)

RESUMO

MAIA, L.C; ARAÚJO, M.C.de L; CARDOSO, R.R.P. **Segurança do paciente:** o papel do enfermeiro no controle de qualidade no centro cirúrgico. Faculdade Paraense de Ensino-FAPEN. Belém, 2016.

Este trabalho tem como objetivo apresentar o papel do enfermeiro na segurança do paciente enfocando a qualidade no centro cirúrgico. Para isso, foram abordadas as discussões sobre os aspectos históricos da cirurgia e do centro cirúrgico e em seguida as estratégias e soluções com impacto positivo na segurança do paciente submetido a procedimento cirúrgico, tais como: Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, Programa Nacional de Segurança do Paciente, o Núcleo de segurança do Paciente, a qualidade do cuidado, a cultura da segurança, o *Checklist* de cirurgias seguras, o papel do enfermeiro na assistência cirúrgica, dentre outros. Em contrapartida, abordou-se a diferença entre erros e Eventos adversos e incidentes, o gerenciamento de riscos, como, o modelo de queijo suíço proposto por James Reason. Para nortear nossa proposta de investigação, optou-se por desenvolver uma pesquisa do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). A busca foi realizada nas bases de dados *Scielo*, *Medline* e Biblioteca Virtual em Saúde, tendo como resultados 523 publicações, das quais 17 atenderam aos critérios de seleção estabelecidos. Salienta-se que o papel do enfermeiro na segurança do paciente com ênfase no controle de qualidade no centro cirúrgico é essencial para o gerenciamento do cuidado com enfoque na prevenção do erro aliada à uma cultura da segurança.

Palavras-chave: Papel do enfermeiro. Segurança do paciente. Centro cirúrgico. Controle de qualidade.

ABSTRACT

This paper aims to present the role of the nurse in patient safety focusing on quality in the surgical center. For this, the discussions on the historical aspects of the surgery and the surgical center were discussed, followed by the strategies and solutions with a positive impact on the safety of patients undergoing surgical procedures, such as: World Alliance for Patient Safety, National Program Patient Safety, Patient Safety, Quality of Care, Safety Culture, Checklist, among others. In relation to the negative aspects, we addressed the difference between errors and adverse events, risk management, such as the Swiss cheese model proposed by James Reason. In order to guide our research proposal, we chose to develop an Integrative Literature Review (ILR) research. The search was performed in the Scielo, Medline and Virtual Health Library databases, resulting in 523 publications, of which 17 met the established selection criteria. It is emphasized that the role of the nurse in patient safety with emphasis on quality control in the surgical center is essential for the management of care with a focus on prevention of the error allied to a culture of safety.

Keywords: Role of the nurse. Patient safety. Surgery Center. Quality control.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Problematização e Objeto de Pesquisa.....	13
1.2 Problemática.....	15
1.3 Justificativa.....	18
1.4 OBJETIVOS.....	19
1.4.1 Geral.....	19
1.4.2 Específicos.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 História da cirurgia.....	20
2.1.2 Centro cirúrgico.....	20
2.2 Segurança: Princípios básicos.....	24
2.2.1 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).....	29
2.2.2 A qualidade do cuidado.....	30
2.2.3 Cultura da segurança.....	32
2.3 Gerenciamento de riscos.....	33
2.3.1 Modelo do queijo suíço.....	34
2.3.2 Erro X Eventos Adversos.....	34
2.3.3 <i>CHECKLIST</i> : Estratégia para a segurança operatória.....	35
2.3.4 Iniciativas de melhoria de segurança do paciente.....	38
2.4 O papel do enfermeiro no centro cirúrgico.....	39
3 METODOLOGIA.....	43
3.1 Tipo de Estudo.....	43
3.2 Abordagem.....	43
3.3 Coleta de dados e Locais da pesquisa.....	44
3.4 Análise dos dados.....	44
3.4.1 Critérios de Inclusão.....	44
3.4.2 Critérios de Exclusão.....	44
3.4.3 Instrumento.....	44
3.4.4 Aspectos éticos.....	45
4 ANÁLISE DOS DADOS, RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXO.....	59
ANEXO A INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	60
ANEXO B TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR.....	61
ANEXO C. TERMO DE PESQUISA DO ALUNO/PESQUISADOR.....	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização e objeto de pesquisa

A assistência cirúrgica tem sido indispensável na atenção em saúde pelo mundo há quase um século (FERRAZ, 2013).

Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2013).

Conforme Monteiro e Silva (2013), considerando-se essa perspectiva, o hospital possui a finalidade de prestar serviços de saúde com segurança para a população através de seus atendimentos cada vez mais especializados. Dentre os diversos setores há destaque para o Centro Cirúrgico (CC) que dispõe de instrumentos de alta tecnologia, que vêm sendo agregados ao longo dos anos, com o objetivo de prestar uma assistência segura, individualizada e de qualidade, ao paciente.

Para Santos (2014), atuar em unidade de Centro Cirúrgico é um desafio cercado de especificidades. Características como a clausura, o grande volume de atividades burocráticas, a estreita relação interprofissional e a sutileza do próprio ato anestésico-cirúrgico se entrelaçam, compondo o cenário profissional do enfermeiro.

De acordo com Costa (2015), o enfermeiro possui sua formação voltada para a assistência integral ao paciente, objetivando o atendimento de suas necessidades para o melhor cuidado possível. Porém, sabemos que os cuidados de saúde são bastante complexos, e muitas vezes variáveis, diferindo de quase todos os outros setores de segurança crítica (aviação, indústria nuclear, automobilismo, etc.).

O enfermeiro deve responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem no tocante à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, como também na capacitação da equipe e promoção de condições tanto de trabalho como ambientais adequadas para a realização do cuidado, garantindo a segurança para o paciente (DIAS et al., 2014).

Estudos relacionados à segurança do paciente e à participação do enfermeiro na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem são necessários e, ao mesmo tempo, recentes e inovadores, podendo ajudar os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos à saúde do paciente, além de possibilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências e implementação da cultura da segurança nos serviços de saúde em geral (OLIVEIRA et al., 2014).

Entre os desafios para a enfermagem quando se trata do assunto estão: a criação de Comitês de Segurança do Paciente nas instituições de saúde constituída por equipe multidisciplinar, visando desenvolver uma cultura de segurança dentro das instituições e o fortalecimento da Rede de Enfermagem e Segurança do Paciente (Internacional, Nacional e Regional) promovendo a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (SILVA, 2010).

Outro desafio, não menos importante, está o desenvolvimento de pesquisas científicas que visem minimizar a reconhecida distância que existe entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática (*know-do gap*). A enfermagem necessita transformar o discurso da pesquisa sobre segurança existente hoje, em um caminho sólido em direção a uma assistência mais segura no amanhã (SILVA, 2010).

Dessa forma, a importância de saber qual o papel desta categoria no tocante à temática- a segurança do paciente- é um tema complexo e, como tal, torna-se necessária a abordagem acerca do mesmo.

1.2 Problemática

No que concerne à enfermagem, estudos têm demonstrado que o sistema de saúde não é desenhado para promover boas práticas de enfermagem. Os mais de 13 milhões de profissionais de enfermagem do mundo devem ter a segurança do paciente como fundamento de sua prática, mas poucos são os que trabalham em condições apropriadas que lhes permitam desenvolver os cuidados de enfermagem que aprenderam ou idealizaram para seus pacientes e familiares (PEDREIRA, 2009).

Segundo De Bortoli Cassiani (2010), nas últimas décadas, a preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente tem se tornado um dos assuntos prioritários na área da saúde, refletindo na busca e desenvolvimento de evidências científicas. De acordo com Pedreira (2009), estas têm como pressuposto utilizar e fomentar a realização de estudos que gerem práticas inovadoras de enfermagem, com vista a sustentar as ações e as relações do profissional no sistema de saúde, bem como, demonstrar o impacto de tais ações nos resultados do sistema.

A experiência angariada por um indivíduo doente, principalmente quando o mesmo, submeter-se a um procedimento cirúrgico é muito estressante, faz com que o paciente sinta medo, insegurança, dúvidas e anseios. Somando-se a fatores externos, próprio do ambiente de centro cirúrgico, suas complexidades e riscos inerentes (OLIVEIRA et al., 2014).

Estima-se que mais de 234 milhões de grandes cirurgias sejam realizadas anualmente em todo o mundo, dado que evidencia a relevância da segurança do cuidado cirúrgico para a saúde pública. Estudo feito em um grande centro médico norte-americano mostrou que 5,4% dos pacientes submetidos à cirurgia apresentaram complicações, e quase metade delas foram atribuídas a um erro (REBRAENSEP, 2013).

Assim, as complicações cirúrgicas respondem por uma grande proporção das mortes e injúrias médicas que podem ser preveníveis em todo o mundo. Eventos adversos foram estimados em afetar 3–16% de todos os pacientes hospitalizados (11–14) e mais da metade de tais eventos são reconhecidamente preveníveis. Apesar da enorme melhoria no conhecimento sobre segurança cirúrgica, pelo menos metade dos eventos ocorre durante a assistência cirúrgica. Assumindo uma taxa de eventos adversos perioperatórios de 3% e uma taxa de mortalidade de 0,5% no mundo, quase 7 milhões de pacientes cirúrgicos sofreriam complicações significativas a cada ano, 1 milhão dos quais morreria durante ou imediatamente após a cirurgia. Portanto, a segurança cirúrgica emergiu como uma preocupação significativa na saúde pública mundial. Da mesma forma que as intervenções na saúde pública e que os

projetos educacionais melhoraram dramaticamente a sobrevivência materna e neonatal, esforços análogos podem melhorar a segurança cirúrgica e a qualidade da assistência (OMS, 2009).

Sabemos que nenhum profissional deseja cometer erros, todavia, quando estes ocorrem, na maioria das vezes, procura-se escondê-los devido ao medo das ações punitivas, impossibilitando a análise crítica de suas origens. Por conseguinte, os fatores causais permanecem latentes, implicando em novas ocorrências. Neste sentido, visando diminuir a sua frequência, faz-se necessário a realização de uma análise crítico-reflexiva dos processos envolvidos na identificação das suas causas, de forma a removê-los do sistema como um todo, impedindo a ocorrência de novos eventos (GRIGOLETO et al., 2013).

No âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes a ela relacionados ocorrem na administração de medicamentos; na transferência de paciente e na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação; na incidência de quedas e de úlceras por pressão; nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros (OLIVEIRA et al., 2014).

Desse modo, compreender a relação entre riscos, características dos cuidados à saúde e aporte da rede hospitalar pode fornecer à enfermagem elementos importantes para a melhoria da assistência. Embora os riscos relacionados aos cuidados de enfermagem venham sendo abordados amplamente na literatura, torna-se importante conhecer como eles são percebidos e avaliados pelos profissionais implicados na assistência direta ao paciente. (COSTA et al, 2014).

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), desde julho de 2004, exige que as organizações acreditadas estejam empenhadas na aplicação do Protocolo Universal que, constitui-se de um instrumento de prevenção de acidentes. A princípio, sua aplicação pode parecer incômoda e redundante, mas há grande probabilidade de eliminar ocorrências desastrosas em situações de cirurgia/ procedimentos invasivos. Este protocolo, baseado no consenso de profissionais pertencentes às várias especialidades cirúrgicas, vem sendo apoiado por mais de 40 associações médicas e organizações de saúde (GRIGOLETO et al., 2013).

Um dos momentos mais críticos para o paciente é o ato cirúrgico, porque consiste, devido ao medo do desconhecido, à complexidade do procedimento e ao próprio risco aí inerente. O impacto que isso vai causar no sujeito varia de paciente para paciente e depende de vários fatores, como sexo, idade, ocupação, estado físico, tipo de cirurgia, temor ao ambiente do hospital, etc.

A magnitude do problema dos erros associados aos procedimentos cirúrgicos levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar, em 2008, a campanha “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Para alcançar os objetivos da campanha, é necessário considerar que, nos procedimentos cirúrgicos, a segurança não se restringe ao ato cirúrgico. A segurança compreende uma rotina de eventos em sequência: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparo para o cuidado pós-operatório adequado (REBRAENSP, 2013).

Sabe-se que a Enfermagem é a maior força de trabalho em saúde, no Brasil e que os enfermeiros remetem a necessidade de uma relação direta da categoria com as estratégias de segurança do paciente e prevenção de erros. Essas reflexões culminaram em uma inquietação, que gerou o seguinte problema de pesquisa: Como vem sendo desenvolvido o papel do enfermeiro nos hospitais em relação ao centro cirúrgico?

1.3 Justificativa

A Prática da cirurgia segura

A proposta de desenvolvimento deste estudo, baseou-se nas experiências vivenciadas em hospitais, a partir de nossas práticas assistenciais como técnicos de enfermagem. Apesar de a nossa vivência profissional não ser em centro cirúrgico, observa-se que o trabalho que realizamos envolve riscos ao paciente e são passíveis de erros ou incidentes que ocasionam eventos adversos.

O interesse pela qualidade em todos os setores é algo bastante notável em todas as áreas, principalmente na área de saúde. A população está cada vez mais exigindo um serviço de qualidade e a segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo, principalmente no centro cirúrgico.

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca, e frequentemente os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde nas instituições hospitalares são noticiados através da imprensa e da mídia causando grande comoção social.

Buscamos no presente estudo refletir sobre esta temática, analisando e discutindo algumas produções bibliográficas que versam sobre o assunto. Trata-se de um trabalho de Revisão Integrativa de Literatura (RIL) que busca destacar a relevância dessa reflexão ao enfermeiro, na medida em que tais observações repercutem na atuação destas pessoas junto aos pacientes, procurando oferecer um serviço de melhor qualidade, do ponto de vista técnico e humano.

O estudo é relevante dada a atual discussão mundial sobre segurança do paciente, sendo necessário conhecer e compreender a ocorrência dos eventos adversos na assistência de enfermagem. Julga-se, ainda, que o assunto se faz relevante para a comunidade científica. Fatores epidemiológicos/estatístico, milhões de cirurgia mundo afora e por ano e os possíveis eventos e danos que muitos pacientes sofrem nesses procedimentos. Ressalte-se, também, a importância dessa pesquisa para as instituições hospitalares e seus usuários, que buscam continuamente a qualidade nos serviços prestados, como oferta e preferência, respectivamente.

Portanto, torna-se relevante destacar que a leitura deste estudo poderá contribuir para informar e direcionar o enfermeiro no planejamento da assistência e nas tomadas de decisões, direcionando a busca de estratégias de prevenção dos eventos adversos no controle de qualidade no centro cirúrgico.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

- Compreender o papel do enfermeiro na segurança do paciente enfocando o cuidado no centro cirúrgico.

1.4.2 Específicos

- Identificar os controles de qualidade na redução de riscos ao paciente no centro cirúrgico;
- Descrever as ferramentas de qualidade no centro cirúrgico que garantem a segurança do paciente por meio da utilização do *Checklist*; e
- Discutir o papel do enfermeiro na segurança do paciente em centro cirúrgico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História da cirurgia

A cirurgia faz parte da vida do homem desde praticamente o início de sua história. Há evidências de que trepanação, um procedimento extremamente sangrento e doloroso, em que uma porção circular do osso do crânio é removido, já era realizado desde 10.000 a.C., (ROMANI, 2013).

Os primeiros registros documentados de cirurgias vêm da Grécia. Alcmeon de Croton (500 a.C.) é considerado o primeiro escritor grego em medicina. Cirurgias na antiguidade eram acompanhadas de instrumentos altamente rudimentares pela própria tecnologia da época. Em cerca de 600 a.C. Susruta, o pai da cirurgia Hindu, produziu várias obras descrevendo métodos e mais de 120 instrumentos usados em suas cirurgias, que incluíam rinoplastias em pessoas acidentadas ou mutiladas (SCHOR & FREITAS, 1992).

Em 130 d.C. nasceu Galeno. Tinha como hábito ferver seus instrumentos cirúrgicos entre os procedimentos, o que o colocava séculos a frente de seu tempo em alguns sentidos. preconizada por Abw'l Qasim al Zahrawai (930-1013), primeiro cirurgião a escrever um livro ilustrado de cirurgia, a cauterização de ferimentos à ferro em brasa foi amplamente utilizada neste período. Fora dos mosteiros as cirurgias aconteciam em qualquer lugar, na casa do paciente, do cirurgião, em um campo de batalha ou no convés de navios (ROMANI, 2013).

No entanto, a cirurgia teve seus primeiros desenvolvimentos científicos no século XVI, com Ambroise Paré – “o pai da cirurgia moderna”, que, além de esclarecer inúmeras questões de anatomia, fisiologia e terapêutica, substituiu a cauterização com ferro em brasa pela ligadura das artérias depois de uma amputação de membro (REZENDE, 2009).

2.1.2 Centro cirúrgico

Segundo Romani (2013), surgem os primeiros estabelecimentos com características hospitalares de que se tem notícia. Eram casas de acolhimento de doentes, geralmente localizadas próximas a templos destinados aos Deuses. Nos tempos pré-cristãos, o pensamento Judaico associava as doenças ao pecado. Essa ideia foi reforçada com o passar dos anos com a ação evangélica de Cristo, que curava milagrosamente as doenças através do perdão dos pecados.

O hospital foi instituído ainda na Idade Média. O Hôtel Dieu, o hospital mais antigo de Paris foi criado em 651, e servia de depósito de doentes. Era uma forma de segregar a população doente e impedir que as pessoas saudáveis fossem contaminadas. Nestes locais os pacientes recebiam comida e tratamento paliativo para seus males (TUOTO, 2010).

Foi dentro deste hospital que no século XII surgiu o primeiro Centro Cirúrgico. Depois de muitos anos esperando por um local adequado para sua prática profissional, os cirurgiões, considerados uma classe intelectual inferior à dos médicos conseguiram um espaço para suas cirurgias. As primeiras escolas de medicina como conhecemos surgiram no séc. XIII. Nestas escolas, professores cirurgiões ensinavam sobre a cirurgia em teatros lotados de alunos (ROMANI, 2013).

De acordo com Cristóforo (2006), os procedimentos cirúrgicos realizados nessa época eram limitados, destacavam-se as amputações, extração de abscessos e dentes e ligação de artérias, evitavam-se as da região do abdômen e outras cavidades do corpo, assim como do sistema nervoso central. Os principais desafios enfrentados eram a dor, a hemorragia e a infecção, neste sentido os cirurgiões se mostravam temerosos a operar seus doentes, além de que para realizar cirurgias não passavam por uma academia, mas por um aprendizado prático, acompanhando um mestre renomado em suas atividades, sendo chamados de “cirurgiões barbeiros”.

Ainda de acordo com a autora, o cuidado com a higiene era praticamente inexistente nos teatros de medicina nas escolas e hospitais. Todas as estruturas das salas eram feitas em madeira, material poroso e de difícil manutenção quando em contato constante com materiais orgânicos. Muitos pacientes, quando sobreviviam ao procedimento, sucumbiam à infecção que vinha logo em seguida (ROMANI, 2013).

As intervenções cirúrgicas na Antiguidade eram realizadas principalmente com as mãos sem desinfecção precoce e com auxílio de instrumentos precários, que eram limpos com qualquer pano ou até mesmo na aba da sobrecasaca dos cirurgiões, mal conservados e guardados sem nenhuma preocupação com as condições de assepsia. Também, os ambientes apresentavam poucas condições de higiene, e as pessoas submetidas às cirurgias sofriam muito, pois, realizadas sem anestesia, estas significavam uma tortura, além da incerteza gerada em relação à sobrevivência e o temor à infecção, vista como o mal da época (CRISTHÓFORO, 2006).

Figura: Teatro de cirurgia do museu de Peterborough



Fonte: ROMANI (2013)

A anestesia é também muito importante da linha do tempo do estudo dos centros cirúrgicos. Durante toda a história da medicina o fato de o paciente sentir dor limitava a realização dos procedimentos cirúrgicos em diversos aspectos, por isso, vários métodos anestésicos foram sendo desenvolvidos ao longo dos anos.

Um grande marco da história da cirurgia foi a descoberta da anestesia no ano de 1846, trazendo a possibilidade de uma cirurgia sem dor. Apesar do grande avanço na realização de procedimentos sob analgesia, outros problemas aquietavam os profissionais, como os relacionados à infecção no pós-operatório, instigando médicos e farmacêuticos a se empenharem em descobrir o seu motivo. Surgem então as descobertas, ainda no século XVIII, dos microorganismos, da assepsia, da esterilização, de utilização de luvas, além da ampliação dos procedimentos cirúrgicos que até então não eram realizados, como laparotomias, cesáreas, entre outros (CHRISTÓFORO, 2006).

Figura: Sala de cirurgia. Hospital Bellevue, 1890.



Fonte: ROMANI (2013, p.12).

Lister, um professor da Universidade de Glasgow, no século XIX, foi um dos primeiros a associar a falta de higiene nos centros cirúrgicos às mortes causadas pelas infecções, conhecidas como febre das enfermarias. Isso já havia sido observado por Ignaz Semmelweiss, um médico húngaro que fazia com que os médicos de sua equipe lavassem as mãos com cloreto de cálcio entre as visitas de diferentes pacientes para diminuir as chances de contaminação. Isso também aconteceu com os pacientes de Lister. Este começou protegendo feridas abertas com gaze embebida em ácido carbólico (BANKSTON, 2005).

O início do uso das luvas de borracha e do avental no Centro Cirúrgico, trocados a cada procedimento, em 1882 e 1889 respectivamente, também foram marcos na história da cirurgia por diminuírem os números da febre das enfermarias, (KREISCHER, 2007). Foi neste período que a necessidade de melhor assistência durante o procedimento cirúrgico trouxe as enfermeiras para dentro deste ambiente. Hoje são peças chave na organização do trabalho dentro das salas de cirurgia. As alunas do curso de enfermagem do Boston Training School do Hospital Geral de Massachusetts foram as primeiras mulheres a frequentarem os centros cirúrgicos. Hoje, de acordo com Freitas, et al, (2011), o Centro Cirúrgico (CC) é uma estrutura complexa, de acesso restrito, com normas e rotinas próprias, constituindo-se em uma unidade hospitalar singular, na qual estão concentrados os recursos humanos e materiais necessários aos procedimentos anestésico-cirúrgicos, terapêuticos e diagnósticos.

O centro cirúrgico por sua complexidade merece um olhar diferenciado no cuidado do paciente, com atuação de diferentes profissionais e integração de várias unidades, sua especificidade merece atenção nos processos que cercam o paciente. O desenvolvimento do trabalho neste setor exige principalmente ações entre duas equipes, médica e de enfermagem. Somado a estes aspectos, o centro cirúrgico está em constante evolução tecnológica e utiliza inúmeros equipamentos para o atendimento das diferentes especialidades médicas (SILVA; GALVÃO, 2007).

Conforme aponta Angelis (2014), seguindo normas específicas que regem desde sua arquitetura até os procedimentos, o centro cirúrgico deve assistir a segurança e humanização do paciente em todas as etapas. O período cirúrgico denominado transoperatório consiste no momento em que o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia e se encerra quando é admitido na sala de recuperação pós-anestésica. No entanto, este ambiente complexo proporciona oportunidades para comunicação falha, motivações conflitantes, e erros resultantes não de incompetência técnica, mas de pobres habilidades interpessoais (LIMA, 2013).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE: Princípios básicos

A primeira reunião sobre segurança ocorreu com a anestesia, nos EUA em 1984 e desde então a prática passou a ser regulada e melhorada. Algumas medidas foram verdadeiramente seminais para essa melhoria e levaram a anesthesiologia a ser mais segura e prática, tais como: uso de oxímetro de pulso, capnógrafo, carros de melhor qualidade, programa de residência e uso de protocolos foram cruciais (LIMA et al., 2013).

Em 1999, com a publicação do relatório do Instituto de Medicina (*Institute of Medicine* – IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) “Errar é Humano: Construindo um sistema mais seguro de saúde”, no qual destacou a necessidade de trabalhar as questões relacionadas com a segurança do paciente, colocando este assunto como uma importante prioridade para as autoridades de saúde dos hospitais (HARADA; PEDREIRA, 2013).

Segundo Lima et al. (2013) este relatório revelou cerca de 44.000 a 98.000 mortes todos os anos nos Estados Unidos devido aos erros na assistência médico-hospitalar. Baseado em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos¹ (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado (BRASIL, 2014).

De acordo com Bohomol e Tartali (2013) os eventos adversos associados aos procedimentos cirúrgicos merecem atenção especial, pois o centro cirúrgico e o local em que eles ocorrem com maior frequência dentro de um hospital e que podem ser evitados em cerca de 43%.

Os eventos adversos sérios, relacionados à cirurgia, foram agrupados em cinco categorias: 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 intra-operatório ou pós-operatório imediato, em paciente classificados como ASA I (VENDRAMINI, et al., 2009).

¹Os eventos adversos podem ser definidos como qualquer incidente associado ao uso de medicamentos, equipamentos, dietas ou a realização de procedimentos. É classificado como sério quando resulta em morte, ameaça à vida, resulta em incapacidade permanente ou significativamente, requer ou prolonga a hospitalização, causa anomalia congênita ou necessita de intervenção para prevenir incapacidade ou dano permanente. O evento adverso também pode ser definido como uma lesão ou complicação não-intencional, resultante, provavelmente, da assistência, e não da doença do paciente, e que resulte em morte, incapacidade ou prolongue a permanência no hospital (VENDRAMINI et al., 2009).

A partir da década de 2000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Os EUA e vários outros países com configurações de sistemas de saúde distintos, dos quais se destacam Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia, protagonizam iniciativas como a criação de institutos, associações e organizações voltadas à questão da segurança do paciente (REIS et al., 2013).

A *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente* lançou, no ano de 2008, a campanha destinada à segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, configurando-se como o segundo desafio global deste movimento (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

Assim, esse novo Desafio Global tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla: 1) prevenção de infecções de sítio cirúrgico; 2) anestesia segura; 3) equipes cirúrgicas seguras; e 4) indicadores da assistência cirúrgica (OMS, 2009).

O período 2007 a 2008 foi marcado pelo desafio global de promover a segurança dos pacientes na cirurgia. O tema “*Cirurgias Seguras Salvam Vidas*” apresenta o objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas. A estratégia consistiu em definir um conjunto básico de normas de segurança dirigidas à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, a segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes cirúrgicas e a mensuração dos indicadores cirúrgicos (OMS, 2009).

Segundo Roscani et al. (2015), a OMS propõe como estratégia para consolidar a segurança cirúrgica que as equipes operatórias sigam dez objetivos básicos e essenciais frente à realização de qualquer procedimento cirúrgico. São eles:

1. A equipe irá operar local correto do paciente correto.
2. A equipe irá utilizar métodos conhecidos para evitar danos pela administração de agentes anestésicos, ao mesmo tempo em que garante analgesia ao paciente.
3. A equipe irá reconhecer e se preparar efetivamente para o risco de perda da via aérea ou função respiratória.

4. A equipe irá reconhecer e se preparar efetivamente para o risco de elevada perda de sangue.
5. A equipe irá evitar induzir qualquer alergia ou reação adversa a medicamento conhecido por ser um risco significativo para o paciente.
6. A equipe irá consistentemente usar métodos conhecidos para minimizar os riscos de infecção do sítio cirúrgico.
7. A equipe irá impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
8. A equipe irá garantir a identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe irá se comunicar efetivamente e trocará informações críticas sobre o paciente para garantir uma condução segura da cirurgia.
10. Hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão uma rotina de vigilância quanto à capacidade cirúrgica, volume cirúrgico, e os resultados cirúrgicos.

Em 2010, divulgou-se que houve uma queda na taxa de mortalidade decorrente de erros em cirurgias e que as complicações diminuíram de 35, 2% para 24,3%. O *checklist* proposto pela Aliança Internacional não só impactou no resultado como também melhorou a comunicação entre a equipe cirúrgica (MARTINS; CARVALHO, 2014).

A implantação do “*Checklist*” – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica apresentado no manual de “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” é composto por três etapas, descritas como: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica) e o Registro (antes de o paciente sair da sala de operações) (MONTEIRO; SILVA, 2013)

Já os Núcleo de Segurança do Paciente (NSPs), previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na Resolução da Diretoria Colegiada -RDC nº 36/2013/Anvisa, são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Os NSPs devem ser implantados em serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares. Estão inclusos nas listagens de estabelecimentos de saúde, portanto, hospitais, clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento (ex: serviços de diálise, endoscopia, radiodiagnóstico, de radioterapia, etc). A criação do NSP é compulsória e será fiscalizada pela vigilância sanitária local. A não estruturação do NSP constitui uma infração sanitária (ROSA, 2014).

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do

serviço de Saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde.

A Resolução Diretoria Colegiada (RDC/Anvisa nº 36/2013) instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta normativa regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (MS, 2013).

De acordo com Rosa (2014), o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP:

- I-promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde;
- II-envolver os pacientes e os familiares nesse processo;
- III-ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV-produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- V-fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde.

O PNSP tem quatro eixos: O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014).

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente –

medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso (BRASIL, 2014).

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente (BRASIL, 2014).

A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente: A primeira aprova os protocolos: 1-Identificação do paciente, 2- Prevenção de quedas, 3- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. A segunda aprova os protocolos: 4- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde, 5- Cirurgia segura, 6- Prevenção de úlcera por pressão (MS, 2013).

Dos protocolos citados acima, descreveremos apenas dois principais pertinente ao tema. De acordo Moura e Magalhães (2013), temos:

1-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nos serviços de saúde, constata-se prática comum entre os profissionais, a referência aos pacientes pelo número do leito ou pela doença que o trouxe ao serviço. Processos falhos de identificação do paciente estão dentre as causas mais comuns de eventos adversos na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos.

A falha na identificação de um paciente pode iniciar no momento em que ele ingressa no sistema de atendimento. Equívocos no cadastro de admissão de pacientes, tais como: nomes difíceis, nomes oriundos de outras nacionalidades, imprecisão na data de nascimento de pacientes muito idosos podem favorecer a ocorrência de falhas deste tipo. A entrada de dados equivocados nos sistemas informatizados pode provocar erros em vários momentos do processo de atendimento.

A ausência de um processo padronizado de identificação entre os serviços de saúde contribui para a ocorrência de falhas, visto que pode provocar confusão para o paciente, que

utiliza mais de um serviço e para o profissional, que trabalha em mais de uma instituição. As práticas recomendadas para reduzir estes incidentes envolvem a utilização de pulseiras de identificação, a adoção da rotina de conferência no primeiro encontro com o paciente e pelo menos uma vez ao turno, a cada troca de plantão, assim como a conferência no recebimento do paciente para realização de exame ou procedimento.

2- CIRURGIA SEGURA

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançou, no ano de 2008, a campanha destinada à segurança dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, configurando-se como o segundo desafio global deste movimento. A OMS estima que ocorra um procedimento cirúrgico para cada 25 indivíduos por ano.

Os procedimentos cirúrgicos em locais ou membros errados são reconhecidos como erros preveníveis oriundos de falhas na comunicação. Além de se configurarem no segundo desafio global, também ocupam posição dentre as metas internacionais de segurança, integrando a Meta 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.

2.2.1 SEGURANÇA X QUALIDADE

A segurança do paciente configura o conjunto de ações para evitar, prevenir e minimizar os desfechos adversos ou danos evitáveis que têm origem nos processos de cuidado à saúde (OMS, 2011).

A segurança é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis. Na realidade, a segurança foi a última dimensão a ser incluída de forma explícita no conceito de qualidade, passando de uma dimensão de certa forma inadvertida para o “boom” do século XXI (GAMA; SATURNO, 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser alcançada através de três ações complementares: evitar a ocorrência de eventos adversos; facilitar sua visualização; e minimizar os efeitos através de medidas eficazes (MONTEIRO; SILVA, 2013).

Consideram-se como itens de classificação de segurança do paciente segundo a Organização Mundial de Saúde: 1- o tipo de evento (se evento adverso/quase falha/evento

sentinela); 2- o tipo de desfecho do paciente (se dano: leve/moderado/grave/morte); 3- as características clínicas do paciente; 4- as características do evento notificado; 5- os desfechos ocorridos na Instituição; 6- a detecção dos riscos; 7- os fatores de mitigação; 8- as ações de melhoria e 9- as ações preventivas de riscos adotadas sistematicamente em toda a instituição (HINRICHSEN et al., 2011).

2.2.2 A qualidade do cuidado

Um cuidado inseguro aumenta o hiato entre os resultados possíveis e os alcançados. Na definição de qualidade adotada por Donabedian (2003:24), citada acima, um cuidado inseguro expressa-se pelo aumento do risco de danos desnecessários ao paciente, que podem ter impacto negativo nos resultados do cuidado de saúde. Porém, como argumenta Vincent (2010), a segurança é a dimensão mais crítica e decisiva para os pacientes, pois algumas vezes é apresentada descolada deste contexto (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

No início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. “O IOM define qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (BRASIL, 2014.p.6).

De acordo com Monteserrat-Capela (2013), durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP), em 5 de outubro de 2007, foi emitida a Resolução CSP27.R.10, “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade da Atenção Sanitária”, incluindo o tema segurança do paciente. Esta resolução tratou, dentre outros, de solicitar aos Estados-Membros a priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas de saúde e programas setoriais, incluindo a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Esta resolução se baseou no documento apresentado em 17 de julho de 2007, ou seja, na CSP27.R.16, onde foram delineadas cinco linhas estratégicas de ação a serem implementadas na Região, a saber:

- Posicionar a qualidade da atenção de saúde e a segurança do paciente como prioridade setorial;
- Promover a participação da cidadania em temas de qualidade;
- Gerar informação e evidência em matéria de qualidade;
- Desenvolver, adaptar e apoiar a implantação de soluções sobre qualidade;
- Elaborar uma estratégia regional para o fortalecimento da qualidade da atenção de

saúde e da segurança do paciente, com um horizonte de 10 anos.

Um grupo de dimensões muito utilizado e que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade em várias partes do mundo foi o do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), que posteriormente foi adaptado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse grupo está composto pelas seis dimensões chaves resumidas no Quadro 1 (GAMA; SATURNO, 2013).

Quadro 1: Dimensões da qualidade dos serviços de saúde

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade / Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias.
6. Equidade	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias. Prestação de serviços que não variam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: Gama; Saturno (2013. p. 32).

Desde então, esforços têm sido direcionados para posicionar a qualidade na atenção e a Segurança do Paciente na agenda dos governos da região, apoiando a inclusão das ações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (MONTSERRAT-CAPELLA et al., 2013).

Atualmente, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) trabalha a diretriz da qualidade do cuidado e a segurança do paciente com as seguintes linhas de ação: posicionar o tema como prioridade setorial embasado em evidências científicas e análises econômicas; fomentar a participação comunitária facilitando a informação e conhecimento a pacientes e famílias; gerar informação e evidências através de estudos de avaliação e de investigação e

desenvolver, adaptar e apoiar soluções de qualidade desenvolvendo-as, compilando e as difundindo em modelos e ferramentas de qualidade (DE BORTOLI CASSIANI, 2010).

2.2.3 Cultura da segurança

O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986. A análise de acidentes graves na indústria mudou o foco de regulamentação e da investigação de atores individuais para os fatores organizacionais, tais como a segurança do paciente. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância da criação de uma cultura de segurança do paciente (PAESE, 2010).

De acordo com a Resolução ANVISA nº 36/2013 - Segurança do paciente em serviços de saúde, na Seção III, Art. 3º, a seguinte definição:

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

A cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos (HARADA; PEDREIRA, 2013).

De acordo com Rosa (2014.p.7), organizações com cultura de segurança devem apresentar as seguintes características:

- a) Todos os trabalhadores incluindo, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) Prioridade da segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) Encorajamento e recompensa da identificação, notificação e resolução de problemas relacionado à segurança;
- d) Promoção do aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e;
- e) Disponibilização de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

Em estudo de revisão e meta-análise, pesquisadores examinaram criticamente a literatura para identificar os estudos que apontavam a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança nos hospitais. Identificaram várias propriedades, que organizaram em sete subculturas: liderança, trabalho em equipe,

comunicação, aprender com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidência (HARADA; PEDREIRA, 2013).

Assim, conforme aponta Calori et al., (2015), a cultura de segurança se estabelece quando as organizações de saúde criam um ambiente no qual o comportamento que promove a segurança do paciente é valorizado como o maior patrimônio da instituição.

2.3 Gerenciamento de riscos

Administração ou gestão de risco é um processo implantado na organização, no caso, na saúde, de forma sistêmica e sistemática com a finalidade de detectar precocemente situações que podem gerar consequências negativas às pessoas, à organização e ao meio ambiente (FELDMAN, 2011).

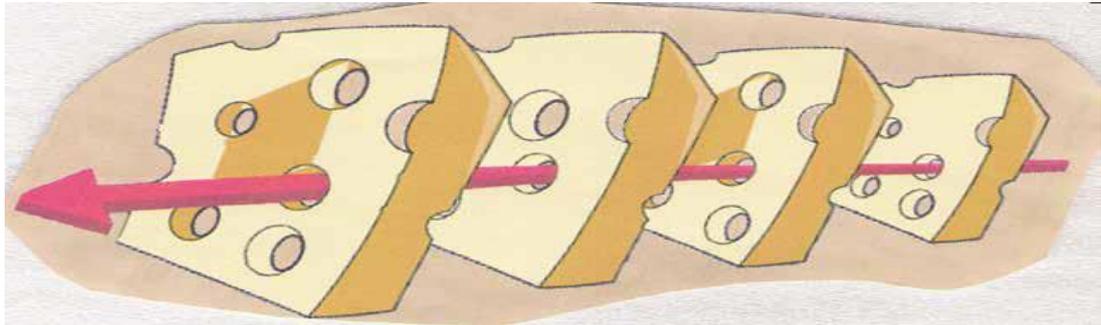
Com a implantação da Acreditação Hospitalar, nos anos 90, gerenciar riscos nas instituições de saúde tornou-se premissa básica e norteadora dos processos assistenciais para obter a certificação da Qualidade. Tanto que hospitais incorporaram a segurança e a prevenção de danos ao paciente exatamente nos padrões, normas e critérios de avaliação definidos em manuais de acreditação (FELDMAN, 2011).

A definição de erro da OMS – falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano – foi baseada nos trabalhos de James Reason. A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Um erro ativo pode ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração, e um erro latente, a falta de medicamento no hospital (BRASIL, 2014).

2.3.1 Modelo do queijo suíço

A Figura 3 mostra o modelo do queijo suíço o qual demonstra uma abordagem sistêmica para gerenciar o erro ou a falha. O modelo mostra que quando não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. O vetor, mostrado na figura, representa que o risco não encontrou barreira e atingiu o paciente. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de *check list* cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos, etc (BRASIL, 2014).

Figura 3 – Modelo do queijo suíço de James Reason



Fonte: Reason J. Human error: models and management. Brit Med J. 2000; (320):768-770.

No entanto, considera-se por meio dessa abordagem, que homens são falíveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança (aviação, por exemplo), irão conviver com certa taxa de erros, mesmo que mínima (ROSA, 2014).

2.3.2 Erro X Eventos adversos

A questão do erro e dos eventos adversos tem sido descritos e estudados há mais de um século. O evento adverso é diferente do erro. O evento adverso é uma complicação não esperada. Define-se como qualquer lesão provocada, ocorrida durante o cuidado de saúde. O erro é um desvio de um procedimento que deveria ter sido correto. Qualquer procedimento cirúrgico pode ser seguido de um evento adverso sem que tenha ocorrido erro de técnica ou conduta. Há uma interface muito sutil entre o erro e o evento adverso, que, muitas vezes, os tornam de difícil reconhecimento. Por exemplo, o uso inadequado de antibióticos pode levar a um evento adverso, mas pode ter ocorrido por um erro na prescrição inicial (FERRAZ, 2013).

Em saúde, nem todos os erros culminam em eventos adversos e nem todos os eventos adversos são resultantes de erros. Esta distinção faz-se importante para a implementação de estratégias de prevenção, em especial de eventos adversos consequentes de erros, que por serem passíveis de prevenção, são classificados como eventos adversos evitáveis (HARADA; PEDREIRA, 2013).

Figura 4: Incidentes relacionados à saúde com base na ICPS.

Incidente	Definição	Exemplo
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente	uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão.
Incidente sem dano	Incidente que atingiu o paciente, mas não criou dano	a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação)
Incidente com dano	Incidente que resulta em dano ao paciente (Evento adverso)	é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica

Fonte: Travassos; Caldas (2013, p.26.adaptado)

A potencialidade para a ocorrência de incidentes e sua magnitude despertou o interesse das instituições de saúde na adoção de indicadores de qualidade assistencial relacionados a procedimentos cirúrgicos. Existem diversos indicadores para monitorar os eventos adversos relativos aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, tais como: cirurgias em sítio errado, complicações anestésicas, corpo estranho deixado no corpo do paciente durante o procedimento, deiscência de ferida operatória, desordem fisiológica e metabólica pós-operatória, embolia pulmonar ou trombose venosa profunda no pós-operatório, falência respiratória pós-operatória, hemorragia ou hematoma pós-operatório, infecção de ferida pós-operatória, óbitos de pacientes cirúrgicos com graves complicações tratáveis, pacientes com eventos adversos devidos a procedimentos cirúrgicos, sepse pós-operatória, além de indicadores relacionados a eventos obstétricos (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

2.3.3 *CHECHLIST*: Estratégia para a segurança operatória

O *Checklist*, “Cirurgias seguras salvam vidas”, desenvolvido pela OMS foi criado com o intuito de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente. A *Aliança Mundial de Saúde* em consulta a cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, especialistas em segurança do paciente e os próprios pacientes em todo o mundo — identificou um conjunto de verificações de segurança que poderia ser realizado em qualquer sala de operação. A cirurgia segura foi escolhida como o tópico para o Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente. O objetivo da lista de verificação para segurança cirúrgica da OMS é reforçar as práticas de segurança aceitas e promover uma melhor comunicação e o

trabalho de equipe entre as disciplinas médicas. A lista de verificação não é um dispositivo regulador ou um componente político oficial; intenciona-se que seja uma ferramenta para uso pelos médicos interessados na melhoria da segurança de suas operações e na redução de mortes cirúrgicas e complicações desnecessárias (OMS, 2009).

Especialistas prepararam um *Checklist* (Figura 2) composto de 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) (PANCIERI et al., 2013).

O “Checklist” foi estudado quanto a sua aplicabilidade entre outubro de 2007 e setembro de 2008 em oito hospitais de cidades diferentes (Toronto-Canadá; Nova Deli-Índia; Amã-Jordânia; Auckland-Nova Zelândia; Manila-Filipinas; Ifakara-Tanzânia; Londres-Inglaterra, e Seattle-WA), representando uma variedade de circunstâncias econômicas e diferentes populações. Prospectivamente, foram coletados dados sobre os processos clínicos antes e depois do “Checklist” ser implementado. Os resultados demonstraram melhorias significativas, com redução das taxas de mortes e de complicações para mais de um terço, nos oito hospitais-piloto. Após a implantação do “Checklist”, a taxa de complicações hospitalares caiu de 11% para 7%, e a de mortalidade, no pós-operatório de cirurgias de grande porte, de 1,5% para 0,8% (GRIGOLETO et al., 2013).

O desenvolvimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica foi guiado por três princípios: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração (FERRAZ, 2013).

Figura 5: Checklist da Campanha de cirurgia Segura- OMS

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

Fonte: (BRASIL, 2013. p.129).

A enfermagem como responsável pela aplicação do “checklist” – embora seja possível que outro profissional assuma esse papel – oferece como ponto facilitador a sua condição de transitar em todas as etapas no cuidado ao paciente durante o perioperatório e de vivenciar a realidade burocrática e prática da organização. Apesar disso, é necessário que esse profissional tenha conhecimento e esteja treinado para a utilização da lista. Deve estar apto a interromper qualquer das etapas, caso julgue necessário, ou dar prosseguimento para a próxima fase. No caso de ocorrer qualquer tipo de violação na checagem, o processo será perdido na sua totalidade. A observação dos detalhes é de extrema importância (MONTEIRO; SILVA, 2013).

No entanto, vale ressaltar que a criação da lista de verificação de segurança cirúrgica (*Checklist*) não é um instrumento regulatório ou um componente da política pública oficial. Apenas intenciona ser uma ferramenta prática e de fácil utilização por profissionais de saúde interessados na melhoria da segurança cirúrgica e na redução de óbitos e complicações cirúrgicas evitáveis (FERRAZ, 2013).

2.3.4 Iniciativas de melhoria da Segurança do paciente

De acordo com REIS et al., (2013), há diversas ações para melhoria da segurança do paciente foram desenvolvidas por diversos governos. Destaca-se a criação de agências especializadas para estudar e propor medidas de melhoria, das quais é exemplo:

- Europa:

A *National Patient Safety*, no Reino Unido; a *Danish Society for Patient Safety*, na Dinamarca; e a *Australian Patient Safety Agency*, na Austrália.

Outra ação adotada em diversos países foi a implantação de um sistema nacional, de caráter voluntário, de notificação de eventos adversos. Dinamarca, Suécia, Noruega, República Tcheca e Holanda são países que se destacam com essa iniciativa. Nos EUA a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* foi criada com a missão de melhorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade do cuidado à saúde para os americanos.

- Brasil: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

É a agência governamental que atua na área de segurança do paciente, cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população. Ações visando a segurança do paciente e a melhoria da qualidade em serviços de saúde consonantes com as previstas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) vem sendo desenvolvidas no Brasil pela ANVISA por meio de sua Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA), as quais envolvem: i) a higienização das mãos; ii) os procedimentos clínicos seguros; iii) a segurança do sangue e hemoderivados; iv) a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e v) a segurança da água e no manejo de resíduos. A inclusão de indicadores de qualidade e segurança nos programas de monitoramento da qualidade dos serviços de saúde representa uma importante estratégia para promover a segurança do paciente hospitalizado.

- Brasil: Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS)

No que tange à disseminação de informações em prol da melhoria do cuidado de saúde e segurança do paciente, destaca-se o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS). O portal, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz desenvolve-se sob a premissa de que a disseminação ampla de informação selecionada, atualizada e de qualidade a

todos os envolvidos na cadeia de prestação de cuidados de saúde é essencial para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos pacientes. O PROQUALIS possibilita que médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, pacientes e o público em geral acessem informações selecionadas e atualizadas sobre qualidade do cuidado de saúde e segurança do paciente, a partir de qualquer ponto do Brasil.

2.4 O papel do enfermeiro no centro cirúrgico

Durante toda a evolução das práticas de saúde e das cirurgias, houve a necessidade que cuidados fossem prestados aos enfermos. Na evolução histórica percebe-se que havia registros acerca de pessoas dotadas de habilidades para cuidar de doentes e preparar remédios. Estes grupos eram compostos por mulheres, religiosos, feiticeiros e outros, surgindo daí, mais tarde, a enfermagem.

Lister, um professor da Universidade de Glasgow, no século XIX, foi um dos primeiros a associar a falta de higiene nos centros cirúrgicos às mortes causadas pelas infecções, conhecidas como febre das enfermarias. Isso já havia sido observado por Ignaz Semmelweiss, um médico húngaro que fazia com que os médicos de sua equipe lavassem as mãos com cloreto de cálcio entre as visitas de diferentes pacientes para diminuir as chances de contaminação (ROMANI, 2013).

O início do uso das luvas de borracha e do avental no Centro Cirúrgico, trocados a cada procedimento, em 1882 e 1889 respectivamente, também foram marcos na história da cirurgia por diminuírem os números da febre das enfermarias (KREISCHER, 2007). Foi neste período que a necessidade de melhor assistência durante o procedimento cirúrgico trouxe as enfermeiras para dentro deste ambiente. Hoje são peças chave na organização do trabalho dentro das salas de cirurgia. As alunas do curso de enfermagem do Boston Training School do Hospital Geral de Massachusetts foram as primeiras mulheres a frequentarem os centros cirúrgicos(ROMANI, 2013).

Figura 6: Equipe de cirurgia com membros do sexo feminino



Fonte: (ROANI, 2013.p.)

Foi, a partir da Segunda Guerra Mundial, que o cuidado de Enfermagem em Centro cirúrgico teve destaque. Os profissionais auxiliavam no procedimento anestésico, bem como na função de primeiro auxiliar de cirurgia, com o conseqüente aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Uma progressiva valorização da pesquisa em enfermagem, na área de pré e pós-operatórios é observada, assim como, o desenvolvimento de estudos sobre a atuação do enfermeiro de Centro Cirúrgico no perioperatório visando a uma assistência humanizada e individualizada (CHRISTÓFORO).

A enfermagem em centro era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da operação. Até a década de 1960 era dirigida predominantemente para a área instrumental, atendimento das solicitações da equipe médica e às ações de previsão e provisão para ao desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, resumindo-se assim a assistência ao paciente cirúrgico (FONSECA et al., 2009).

Em 1985, foi proposto um modelo assistencial denominado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAESP) com o propósito de promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documental e avaliada, no qual o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado além de proporcionar participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada (FONSECA et al., 2009).

A *Association of Operating Room Nurses (AORN)* fundada em 1949, desde 2001 tem atuado na atualização e conscientização dos enfermeiros de centro cirúrgico para a segurança do paciente. (LIMA et al, 2013). Para garantir a qualidade da assistência ao paciente cirúrgico, em julho de 2003, a *Joint Commission Board of Commissioners (JCAHO)* propôs o

Protocolo Universal para Prevenção do lado errado, procedimento errado e paciente errado), sendo também recomendado pelo Colégio Americano de Cirurgiões. (VENDRAMINI et al., 2009)

O Protocolo Universal da JCAHO inclui três etapas: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico e procedimentos antes do início da cirurgia *TIME OUT*, as quais estão descritas abaixo. O protocolo da OMS, além das etapas propostas pela JCAHO, inclui uma etapa de conferência no período pós-operatório imediato (*sign out*). As etapas da OMS são denominadas de: *Sign in* (antes da indução anestésica), *TIME OUT* (antes da incisão da pele) e *Sign out* (antes do paciente sair da sala cirúrgica) (VENDRAMINI et al., 2009).

Segundo Bohomol e Tartal (2013), o sucesso do tratamento cirúrgico depende da assistência prestada de maneira integral e individualizada, específica em todos os momentos do período perioperatório, a qual inclui as etapas de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, afim de propiciar ao paciente uma recuperação mais eficaz e rápida, ou seja, uma assistência de qualidade. A qualidade e a segurança do paciente e de responsabilidade de todos os profissionais, inclusive da equipe de enfermagem, que tem papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos.

O Manual de Práticas Recomendadas, da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), subdivide as atribuições do enfermeiro de Centro Cirúrgico em: atribuições relacionadas ao funcionamento da unidade, atribuições técnico administrativas, atividades assistenciais e atividades de administração de pessoal. Além de atribuições de enfermeiro assistencial, mencionadas no mesmo manual (SANTOS et al., 2014).

A demanda de atividades burocráticas e administrativas é intensa na unidade, requerendo do enfermeiro tempo significativo. Considerando-se o elevado número de procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados, a complexidade da unidade, o papel do enfermeiro exige, além de conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional, aliados ao conhecimento de relações humanas, favorecendo a administração de conflitos, que são frequentes, em especial, pela diversidade dos profissionais ali atuantes (STUMM, 2006).

Mesmo quando não se encontra presente no cuidado direto, a enfermeira presta cuidados indiretos ao cliente, no planejamento e na delegação de ações, na previsão e provisão de recursos, na capacitação de sua equipe, visando sempre à concretização e melhorias no cuidado. Portanto, ela toma as devidas providências para que os profissionais possam exercer suas funções do modo mais eficiente possível, criando um ambiente favorável

ao desenvolvimento de seu trabalho, propiciando, assim, a qualidade da assistência que os clientes necessitam. Deste modo, esta profissional congrega uma série de ações que no seu conjunto visam proporcionar a restauração plena do cliente (SILVA; ALVIM, 2010).

Um estudo, realizado com o objetivo de identificar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico, mostrou-se bastante esclarecedor quanto à prática destes profissionais. Em última análise, fica evidente que sua atuação está mais relacionada ao preparo do ambiente, ao controle de insumos e à equipe da unidade, do que às atividades diretamente ligadas ao cliente. Nesse sentido, a autora conclui que o papel dos enfermeiros em Centro Cirúrgico tem o foco dirigido para os demais integrantes da equipe cirúrgica, e menos para o cliente. Outros estudos semelhantes afirmam que os enfermeiros de Centro Cirúrgico estão mais voltados para as tarefas de gerenciamento, em detrimento da assistência direta ao cliente e de uma assistência que se pretende humanizada (SANTOS et al., 2014).

No entanto, no decorrer de sua prática, o enfermeiro deve ter um olhar que esteja para além dessas funções, isto é, espera-se que sua atenção esteja focada nas questões relacionadas ao cuidado – essência e diferencial do ser/saber/fazer enfermagem. O enfermeiro é o responsável por conferir o tom de acolhimento e por estabelecer a assistência que será prestada ao cliente (SANTOS et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Marconi e Lakatos (2008) conceituam a pesquisa bibliográfica (também chamada de pesquisa de fonte secundária pelas autoras) como a busca por todos os materiais editados já publicados sobre o objeto de estudo - livros, revistas, imprensa escrita, etc - para que o autor entre em contato direto com o material relativo a determinado assunto, oferecendo ao autor os meios para resolver problemas já conhecidos e ainda explorar problemas ainda não concretos em novas áreas.

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) com abordagem qualitativa a partir de fontes secundárias no intuito de fornecer dados sobre o papel do enfermeiro sobre a segurança do paciente no controle de qualidade no centro cirúrgico.

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (SOUZA, et al., 2010).

Seguiu-se as seis etapas recomendadas pela Revisão Integrativa: 1. Definição da pergunta norteadora; 2. Busca e seleção dos artigos na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos artigos; 4. Avaliação dos estudos; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão e síntese do conhecimento obtido. Para guiar o estudo, foi elaborada a seguinte questão de investigação: Como vem sendo desenvolvido o papel do enfermeiro nos hospitais em relação à segurança do paciente no centro cirúrgico?

Portanto, revisão integrativa corresponde a um método valioso para a enfermagem, pois, permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Este método também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica.

3.2 Abordagem

A pesquisa é qualitativa, explorativa e descritiva.

3.3 Coleta de dados e Locais da pesquisa

Foram realizadas buscas do estudo nas bases de dados nas bibliotecas eletrônicas *Lilacs* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde), *Scielo*, e Base de Dados em Enfermagem. Os dados foram coletados utilizando-se a partir dos descritores em saúde (DeCS), “enfermeiros”, “segurança do paciente”, “centro cirúrgico”, “gestão da qualidade”.

3.4 Técnicas de coleta de dados

3.4.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão integrativa de literatura apontam para estudos sobre temática: artigos entre 2010 a 2015, escritos em língua portuguesa e em forma de texto completo.

3.4.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram os seguintes: estarem em língua estrangeira e publicados anteriormente a 2010. Assim, excluíram-se os estudos internacionais, artigos com ano de publicação inferior a 2010 e as duplicidades; também.

3.4.3 Instrumento

Para a caracterização e análise dos estudos incluídos foi utilizado em cada um deles um instrumento já validado para revisão integrativa (ANEXO C), já validado por Ursi (2005) e usado também por Silveira (2005), Lopes (2009) e Azevedo (2011), composto por 5 itens contendo questões abertas e fechadas: 1-Identificação (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma, ano de publicação); 2- Instituição sede do estudo; 3-Tipo de publicação; 4-Tipo de revista; 5- Características metodológicas do estudo (tipo de publicação, objetivou questão de investigação, amostra, tratamento dos dados, intervenções realizadas, resultados análises, implicações e nível de evidência); 6-Avaliação do rigor metodológico (clareza na identificação da trajetória metodológica, identificação de limitação ou vieses), solicitando informações quanto à publicação, objetivo, tipo de estudo, procedimentos metodológicos (no caso da pesquisa), população, variáveis controladas, resultados obtidos, aspectos facilitadores e dificultadores, entre outros.

3.4.4 Aspectos éticos

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Segurança do paciente: o papel do enfermeiro no controle de qualidade no centro cirúrgico” é de nossa autoria. Utilizamos nas citações e referências dos autores as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e pela obra nos responsabilizamos por quaisquer questionamentos futuros, conforme preconiza a Lei de Direito Autoral nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

4 ANÁLISE DOS DADOS, RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca eletrônica inicial identificou 523 artigos. Após a leitura dos títulos, foram selecionados para leitura dos resumos, e finalmente 17 artigos foram lidos integralmente por um dos autores. A análise do material bibliográfico direcionou a organização do artigo por temas e tomou as definições, as metodologias e os achados descritos nos artigos como aspectos importantes a serem avaliados na revisão.

No entanto, para fins didáticos, adaptamos o instrumento citado abaixo, conforme demonstra a produção científica acerca da segurança do paciente no controle de qualidade do centro cirúrgico, representado no Quadro 1.

Quadro 1: Produção científica acerca dos eventos adversos na assistência de enfermagem no período de 2010 a 2015

TÍTULO	AUTOR	PERIÓDICO	RESUMO
1-Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.	PAESE, Fernanda e SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal.	<i>Texto contexto - enferm.</i> [online]. 2013, vol.22, n.2, pp.302-310. ISSN 0104-0707.	O objetivo foi analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes
2-A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura	REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica e LAGUARDIA, Josué.	<i>Ciênc. saúde coletiva</i> [online]. 2013, vol.18, n.7, pp.2029-2036. ISSN 1413-8123.	O objetivo deste artigo é apresentar, por meio de uma revisão bibliográfica, o discurso sobre a segurança do paciente a partir do século XXI, enfocando sua relevância enquanto problema global de saúde pública; discorrer sobre os desafios relacionados às lacunas e perspectivas em termos de pesquisa acerca do tema e sua abordagem na realidade brasileira. Verifica-se que a investigação sobre a segurança do paciente ainda não possui o benefício de ter suas abordagens bem estabelecidas; e ainda, que múltiplas barreiras e desafios precisam ser enfrentados na concepção de delineamentos de estudos e na utilização de técnicas de pesquisa.
3-Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil.	CAPUCHO, Helaine Carneiro e CASSIANI, Sílvia Helena De	<i>Rev. Saúde Pública</i> [online]. 2013, vol.47, n.4, pp.791-798. ISSN 1518-8787.	O objetivo do estudo foi suscitar reflexão acerca da necessidade de se criar um sistema nacional de notificações sobre incidentes como base para um programa de segurança do paciente

	Bortoli.		
4- Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.	TASE, Terezinha Hideco; LOURENCAO, Daniela Campos de Andrade; BIANCHINI, Suzana Maria e TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto.	<i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> [online]. 2013, vol.34, n.3, pp.196-200. ISSN 1983-1447.	Destacar os elementos constituintes do processo de identificação do paciente por meio de pulseiras e refletir acerca da implementação desse processo nas instituições hospitalares. Adotaram-se referenciais teóricos e normatizações de organizações e órgãos acreditadores que discutem a temática da segurança no âmbito hospitalar, bem como as iniciativas destinadas à identificação segura do paciente.
5-Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil.	LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro e BAO, Ana Cristina Pretto.	<i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> [online]. 2014, vol.35, n.2, pp.121-127. ISSN 1983-1447.	Objetivou-se avaliar os incidentes notificados entre os anos 2008 e 2012, em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil. Trata-se de um estudo retrospectivo de análise documental, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em março de 2013, analisados e apresentados em frequência absoluta e relativa. Identificaram-se 755 casos, que representaram 1,1% do total de internações. A maior frequência de notificação ocorreu nas unidades de internação (64,8%). O incidente de maior prevalência neste estudo foi a queda (45,4%), seguida do erro de medicação (16,7%) e outros incidentes (16,2%). O baixo número de notificações pode estar relacionado ao sistema adotado pela instituição, onde o profissional que notifica o incidente precisa ser identificado.
6-Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática.	MARCHON, Simone Grativol e MENDES JUNIOR, Walter Vieira.	<i>Cad. Saúde Pública</i> [online]. 2014, vol.30, n.9, pp.1815-1835. ISSN 1678-4464.	O objetivo deste artigo foi identificar metodologias utilizadas para avaliação de incidentes na atenção primária à saúde, os tipos, seus fatores contribuintes e as soluções para tornar a atenção primária à saúde mais segura
7-Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas.	MARINHO, Monique Mendes; RADUNZ, Vera e BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria.	<i>Texto contexto - enferm.</i> [online]. 2014, vol.23, n.3, pp.581-590. ISSN 0104-0707.	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos em pacientes em centro cirúrgico, apontar possíveis causas, identificar de quem é a responsabilidade pelos mesmos e necessidade de notificação Métodos: Pesquisa descritiva realizada por meio de questionário com dez afirmativas sobre causas para a ocorrência de eventos adversos e quatro cenários, conduzida com 31 profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital privado.
8-Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos.	PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et al.	<i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> [online]. 2014, vol.22, n.5, pp.747-754. ISSN 1518-8345.	estudo qualitativo, utilizando os referenciais da fenomenologia de Alfred Schutz, que oferece abordagem sistemática para compreensão dos aspectos sociais da ação humana. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas com 17 enfermeiros e 14 técnicos/auxiliares de enfermagem de um hospital universitário.
9-Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros.	FRANCOLIN, Lucilena et al.	<i>Rev. esc. enferm. USP</i> [online]. 2015, vol.49, n.2, pp.0277-0283. ISSN 0080-6234.	Trata-se de um estudo transversal, descritivo, tipo <i>Survey</i> . Participaram do estudo sete hospitais nos quais sete enfermeiros responsáveis e 49 enfermeiros coordenadores

			de setores (n=56) responderam ao instrumento elaborado pelo autor.
10-Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição.	SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da e MELLEIRO, Marta Maria.	<i>Texto contexto - enferm.</i> [online]. 2015, vol.24, n.2, pp.432-441. ISSN 0104-0707.	Estudo quantitativo descritivo-exploratório que teve como objetivos avaliar a percepção de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente e identificar diferenças de percepção nas unidades do hospital. Participaram 301 profissionais de enfermagem. O instrumento de coleta foi o questionário da <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> , intitulado <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> .
11- Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas.	CALDANA, Graziela et al.	<i>Texto contexto - enferm.</i> [online]. 2015, vol.24, n.3, pp.906-911. ISSN 0104-0707.	O estudo objetivou descrever a experiência da implementação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, bem como as atividades desenvolvidas a fim de disseminar a cultura de segurança do paciente em instituições de saúde e de ensino. Trata-se de um relato de experiência.
12-Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente	HEMESATH, Melissa Prade et al.	<i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> [online]. 2015, vol.36, n.4, pp.43-48. ISSN 1983-1447.	estudo descritivo e exploratório, conduzido em hospital universitário de grande porte, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, com 6.201 pacientes entrevistados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva
13-Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente	MAZIERO, Eliane Cristina Sanches; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; MANTOVANI, Maria de Fátima e CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida.	<i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> [online]. 2015, vol.36, n.4, pp.14-20. ISSN 1983-1447. PESQUISA AVALIATIVA	Pesquisa avaliativa desenvolvida em hospital de ensino do sul do Brasil em 2012. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante de 20 cirurgias ortopédicas de prótese de quadril e joelho e norteada por instrumento elaborado para a pesquisa com base no checklist criado e utilizado pela instituição.
14- Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional.	WEGNER, Wiliam et al.	<i>Esc. Anna Nery</i> [online]. 2016, vol.20, n.3. Epub 07-Jun-2016. ISSN 1414-8145.	Estudo de caso qualitativo exploratório, realizado com 23 profissionais da saúde que atuam em hospital público de ensino, entre agosto e dezembro de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática com apoio do software QSR NVivo.
15-Segurança do paciente.	REIS, Adriana Teixeira e SILVA, Carlos Renato Alves da.	<i>Cad. Saúde Pública</i> [online]. 2016, vol.32, n.3. Epub 12-Abr-2016. ISSN 0102-311X.	RESENHA
16-A insustentável leveza da culpa: a compensação de danos no exercício da medicina.	RAPOSO, Vera Lúcia.	<i>Saude soc.</i> [online]. 2016, vol.25, n.1, pp.57-69. ISSN 0104-1290.	Neste estudo comparámos as principais notas do modelo no-fault com o clássico modelo fundado na culpa, com vista a determinar qual o mais adequada do em termos de justiça, melhoria dos cuidados de saúde e segurança do paciente.
17-Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional.	TOSTES, Maria Fernanda do Prado; HARACEMIW, Annelise e MAI, Lilian Denise.	<i>Esc. Anna Nery</i> [online]. 2016, vol.20, n.1, pp.203-209. ISSN 1414-8145.	Trata-se de um artigo de reflexão, fundamentado nas evidências científicas disponíveis sobre a temática lista de verificação de segurança cirúrgica, disponíveis na base de dados PubMed.
18- Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de	MENDES, Walter et al.	<i>Rev. Assoc. Med. Bras.</i> [online]. 2013, vol.59, n.5, pp.421-428.	Análise de dados coletados no estudo de base de coorte retrospectivo para avaliação da ocorrência de EAs em uma amostra de prontuários em três hospitais

Janeiro.		ISSN 0104-4230.	de ensino do estado do Rio de Janeiro para descrever as características dos EAs evitáveis.
19-Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias.	PIRES, Maria Paula de Oliveira; PEDREIRA, Mavilde da Luz Goncalves e PETERLINI, Maria Angelica Sorgini.	<i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> [online]. 2013, vol.21, n.5, pp.1080-1087. ISSN 1518-8345.	Estudo do tipo metodológico referente à construção e validação de instrumento contendo indicadores de cuidado seguro pré-operatório. O checklist foi submetido à validação, por meio da técnica Delphi, fixando-se nível de consenso 80%.
20-Antissepsia cirúrgica e utilização de luvas cirúrgicas como potenciais fatores de risco para contaminação transoperatória	OLIVEIRA, A.C. de. SARMENTO, C. G.	Esc Anna Nery 2016;20(2):370-377.	Realizou-se um estudo transversal envolvendo o serviço de ginecologia, em abril de 2013. Os dados foram coletados por meio da observação da prática da antissepsia cirúrgica das mãos e teste para avaliação de perfuração das luvas após seu uso. Foi realizada uma análise estatística descritiva.
21-A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde- um olhar sobre a literatura	REIS, C.T; MARTINS, M. LAGUARDIA, J,	Ciência e Saúde coletiva. 2013.2029-2033.	O objetivo deste artigo é apresentar, por meio de uma revisão bibliográfica, o discurso sobre a segurança do paciente a partir do século XXI, enfocando sua relevância enquanto problema global de saúde pública; discorrer sobre os desafios relacionados às lacunas e perspectivas em termos de pesquisa acerca do tema e sua abordagem na realidade brasileira. Verifica-se que a investigação sobre a segurança do paciente ainda não possui o benefício de ter suas abordagens bem estabelecidas; e ainda, que múltiplas barreiras e desafios precisam ser enfrentados na concepção de delineamentos de estudos e na utilização de técnicas de pesquisa.
22-Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências	OLIVEIRA et al,	Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 18 (1), jan-març. 2014	Identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais
23-Cultura da segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição	SILVA-BATALHA, E.M.S; MELLEIRO, M.M.	Texto contexto - enferm. vol.24 no.2 Florianópolis Apr./June 2015	Estudo quantitativo descritivo-exploratório que teve como objetivos avaliar a percepção de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente e identificar diferenças de percepção nas unidades do hospital.
24-Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros	ROSA, R.T,da.et al, 2015	Cienc. enferm. vol.21 no.3 C oncepción dic. 2015	Pesquisa descritiva, exploratória de caráter qualitativo, realizada com nove enfermeiros de um hospital de pequeno porte, localizado na região central do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro do ano de 2011 por meio de entrevista semi-estruturada e foram submetidos à análise de conteúdo.
25-Segurança do paciente no centro	Maririque et al, 2015	<i>Acta paul. enferm.</i> [online]. 2015,	Estudo comparativo baseado em dois cortes transversais, realizado com 3.033

cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização		vol.28, n.4, pp.355-360.	pacientes internados há mais de 24 horas, advindos de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia. Foram comparados dados sociodemográficos, clínicos e de preenchimento. Mediu-se a infecção pós-cirúrgica como um evento adverso.
26-Construção de uma ferramenta para medida de percepções sobre o uso do checklist de programa de cirurgia segura da OMS	DIEGO et al,	Revista Brasileira de Anestesiologia. Volume 66, Issue 4 , July–August 2016, Pages 351–355	Estudo transversal feito durante o 59º Congresso Brasileiro de Anestesiologia (CBA), em Belo Horizonte (MG), cujos participantes foram médicos inscritos e que responderam ao questionário com abordagem epidemiológica quantitativa.
27-Validação do checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico	ROSCANI et al.,	<i>Acta enferm. paul.</i> [online]. 2015, vol.28, n.6, pp.553-565.	Pesquisa quantitativa realizada para validar instrumento criado e utilizado em cirurgia segura. O instrumento foi validado por sete peritos. Para concordância entre os juízes utilizou-se o coeficiente de concordância de Kendall e para verificar se a opinião dos juízes diferiu significativamente, o teste de Cochran. O instrumento é validado se houver concordância entre os juízes e a clareza for significante.
28-Ensino da segurança do paciente: graduação em saúde	Bohomol E, Freitas MAO, Cunha ICKO.	COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO. 2016; 20(58):727-41 727	Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, que utilizou como estratégia a pesquisa documental.
29-A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem.	CARARRO, Telma Elisa et al.	<i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> [online]. 2012, vol.33, n.3, pp.14-19. ISSN 1983-1447.	Estudo qualitativo, exploratório, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, com 17 acadêmicos da terceira fase do Curso de Graduação em Enfermagem.
30- Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde.	DIAS, Monica Aguilar Estevam; MARTINS, Monica e NAVARRO, Nair.	<i>Rev. Saúde Pública</i> [online]. 2012, vol.46, n.4, pp.719-729. Epub 24-Jul-2012. ISSN 1518-8787.	Estudo retrospectivo, incluindo as internações de adultos na clínica médica (n = 3.565.811) e clínica cirúrgica (n = 2.614.048) no Brasil em 2007. O Sistema de Informações Hospitalares foi utilizado como fonte de informação. A mensuração dos resultados adversos baseou-se no rastreamento de 11 condições clínicas, definidas em estudos internacionais anteriores, registradas no campo diagnóstico secundário. Foram realizadas análises bivariada e multivariada, no intuito de associar resultado adverso, óbito (variável dependente) e outras variáveis como idade, utilização de unidade de terapia intensiva e realização de cirurgia.
31-Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.	RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho et al.	<i>. Acta paul. enferm.</i> [online]. 2012, vol.25, n.5, pp.728-735. ISSN 1982-0194.	Estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. Foi utilizado o <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) - Short Form 2006</i> , traduzido para a língua portuguesa. A percepção do clima de segurança dos profissionais variou conforme o gênero, a clínica, a categoria profissional e o tempo de atuação. A satisfação no trabalho foi demonstrada por todos os profissionais, com escores acima de 75, enquanto o domínio Percepção da Gerência apresentou valores mais baixos.
32-Interrupções e	PEREIRA, Bruno	<i>Rev. Col. Bras.</i>	A amostra incluiu 50 casos de cirurgia de

<p>distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano.</p>	<p>Monteiro Tavares et al.</p>	<p><i>Cir.</i> [online]. 2011, vol.38, n.5, pp.292-298. ISSN 0100-6991.</p>	<p>trauma coletados prospectivamente por observadores em plantões de 12 horas, durante seis meses, em um centro de trauma nível I nos Estados Unidos da América. Informações quanto ao tipo de trauma, escore de gravidade e mortalidade foram coletadas, assim como, determinantes de distrações/interrupções e o volume de ruídos na sala de cirurgia durante o ato cirúrgico</p>
<p>33-Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem.</p>	<p>PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de e BERTI, Heloisa Wey.</p>	<p><i>Rev. esc. enferm. USP</i> [online]. 2010, vol.44, n.2, pp.287-294. ISSN 0080-6234.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi analisar a utilização deste instrumento de comunicação e identificar: frequência, tipo, natureza e período dos incidentes/eventos adversos. Realizou-se análise descritiva dos dados de 826 boletins elaborados no período de janeiro/2004 a junho/2006. Verificou-se adesão à utilização do instrumento. Predominaram notificações de ocorrências assistenciais, embora notificações administrativas tenham apresentado número crescente de registros. Eventos adversos mais frequentes relacionaram-se à medicação, quedas, cateteres, sondas/drenos e integridade da pele. A praticidade do instrumento viabilizou sua utilização também por auxiliares e técnicos de enfermagem. A análise sistematizada e acompanhamento dos eventos adversos associados aos recursos de comunicação mostraram-se fundamentais para a segurança do paciente.</p>
<p>34-Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem.</p>	<p>QUES, Ángel Alfredo Martínez; MONTORO, César Hueso e GONZALEZ, María Gálvez.</p>	<p><i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> [online]. 2010, vol.18, n.3, pp.339-345. ISSN 1518-8345.</p>	<p>Trata-se de um estudo qualitativo baseado na técnica Delphi modificada sobre um grupo composto por 19 profissionais de enfermagem do âmbito docente e assistencial, tanto do atendimento primário como especializado. Encontrou-se que as debilidades e ameaças giram em torno de cinco categorias: profissão; organização e infra-estrutura; indicadores; comunicação e cultura de segurança; e, formação em segurança. As oportunidades para melhorar a segurança compreendem seis categorias: mudança organizacional; fomento da cultura de segurança, formação e desenvolvimento profissional; relação com os pacientes; pesquisa; e, planejamento estratégico.</p>
<p>35-O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente.</p>	<p>NASCIMENTO, Nadia Bomfim do e TRAVASSOS, Cláudia Maria de Rezende.</p>	<p><i>Physis</i> [online]. 2010, vol.20, n.2, pp.625-651. ISSN 1809-4481.</p>	<p>Este artigo apresenta alguns modelos teóricos explicativos voltados para a compreensão da dinâmica comportamental que envolve a consecução do erro e da violação e realiza uma análise com possibilidades à depreensão do processo. Por fim, considera-se que os modelos explicativos apresentados, conjuntamente, trazem contribuições passíveis de aplicação na prática e que a identificação e compreensão dos <i>mecanismos de defesa coletivos</i> levariam aos fatores que se encontram em jogo na baixa adesão aos procedimentos de higienização de mãos por parte dos médicos, a despeito das evidências existentes.</p>

Verificou-se na literatura uma multiplicidade de abordagens à temática segurança do paciente. Na maior parte dos estudos, comprovou-se que o centro cirúrgico está mais propenso a oferecer riscos, sendo que a maioria deles pode ser evitada.

A partir da leitura dos artigos, dividimos em três categorias:

Categoria 1: Os controles de qualidade na redução de riscos ao paciente cirúrgico

A publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM), To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no final da década de 90, demonstrou a partir da análise de grandes estudos epidemiológicos, a alta incidência de eventos adversos nas instituições hospitalares, frequentemente ocasionados pelo erro humano, passando a ser inegável a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente. Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca e frequentemente os episódios de erro envolvendo profissionais de saúde nas instituições hospitalares são noticiados através da imprensa e da mídia, causando grande comoção social.

Categoria 2: As ferramentas de qualidade no centro cirúrgico utilizando o checklist

As discussões sobre a segurança dos clientes têm-se ampliado consideravelmente no meio científico e assistencial, visto que a ocorrência de eventos adversos vem-se acentuando nas instituições hospitalares representando um grave problema de saúde pública.

O controle de qualidade da assistência de enfermagem vinculada a auditoria dos cuidados de enfermagem representa uma estratégia fundamental na busca de uma enfermagem segura e com qualidade. A melhoria integral da qualidade constitui a redução contínua dos riscos para o cliente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, onde recomenda aos países, maior atenção à segurança do paciente. Assim foi desenvolvido um *check list* que deve ser aplicado a todos os pacientes cirúrgicos (*TIME OUT*).

O *Time out* é uma pausa antes da indução anestésica e incisão cirúrgica para verificação de todos os itens necessários para uma anestesia ou cirurgia segura estão disponíveis. O *check list* é conduzido pela equipe de enfermagem junto à equipe médica.

Categoria 3: O papel do enfermeiro na segurança do paciente no centro cirúrgico

Estudos apontam que a Enfermagem é a maior força de trabalho em saúde no Brasil, com uma estimativa de 1.500.000 profissionais atuantes. Este grande quantitativo de

profissionais remete a necessidade de uma relação direta da categoria com as estratégias de segurança do paciente e prevenção de erros.

Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e às punições legais a que está exposto. Assim, é importante o investimento em uma cultura de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente no centro cirúrgico tem se tornado um dos assuntos prioritários na área de saúde, refletindo na busca e desenvolvimento de evidências científicas.

A segurança do paciente é parte de um conceito mais amplo, a qualidade da atenção à saúde. Realizar os procedimentos seguros e adequados às necessidades dos pacientes, objetivando alcançar os melhores resultados são os princípios que qualificam o cuidado da enfermagem. Nesse aspecto, vimos que a segurança dos pacientes tem merecido a atenção do mundo todo, uma vez que os erros representam um grave prejuízo à saúde das pessoas.

Os erros representam uma triste realidade da assistência à saúde e com sérias consequências para profissionais e o hospital. A equipe de enfermagem deve ter visão ampliada do sistema de segurança do paciente, dos seus processos e, principalmente, que dê garantias de segurança e qualidade ao processo que está sob sua responsabilidade, buscando informações a respeito do fluxo de suas atividades contribuindo para que a assistência de enfermagem prestada ao paciente seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura.

Diante das características do contexto do centro cirúrgico, o enfermeiro desenvolve uma série de estratégias atuando como líder e responsável por aplicar o *checklist*, a verificação do mesmo nos atos cirúrgicos (pré, intra e pós- operatório).

Vale ressaltar que uma assistência com menos erros poderá ser alcançada através de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação mais ativa dos profissionais de saúde e pacientes no sentido de que seja reforçada a participação dos usuários quanto à identificação e prevenção de ocorrências adversas no contexto hospitalar.

Vimos que o *checklist* de segurança cirúrgica é considerado um elemento chave para a redução de eventos adversos. No entanto, a lista proposta pela Organização Mundial de Saúde é apenas uma lista básica. Portanto, adaptações do *checklist* para cada realidade, especialidade médica, perfil de atendimento etc. e modificações deste instrumento são extremamente estimuláveis e recomendadas.

O cotidiano do centro cirúrgico requer profissionais habilitados tecnicamente, pois a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e às punições legais a que está exposto. Assim, é importante o investimento em uma cultura de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos.

Na Enfermagem, é essencial a compreensão que o erro pode ser tratado de maneira

positiva junto à equipe poderá diminuir a sensação de vulnerabilidade percebida pelo profissional.

REFERÊNCIAS

- BOHORNOL, E; TARTALI, J. de A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**. 2013; 26(4);376-81.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abr. de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do paciente. Diário oficial da União 2 de abr. de 2013; Seção 1, (62). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.> Acesso em: 13 de mai. 2016.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.
- _____. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CALORI, M.A. de; GUTIERREZ, S. L; GUIDI, T.A.C. **Segurança do paciente: promovendo a cultura da segurança**. Saúde em foco. Edição nº 7.2015.
- CAPELLA-MONTESERRAT, D; CHO, M; LIMA, R. da S. **A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América latina e Caribe**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.
- COSTA, V. **Segurança do Paciente e o papel do Enfermeiro** [internet] 2015 [citado 2015 Agosto 2015]. Disponível em <<http://www.portaldaenfermagem.com.br>>. Acesso em: 18/06/2016.
- DE BORTOLI CASSIANI, S.H. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**. vol. 23, nº. 6, 2010, pp. vii-viii. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, Brasil.
- DIAS, et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **REME • Rev Min Enferm**. 2014 out/dez; 18(4): 866-873.
- FERRAZ, E. M. **A cirurgia segura em serviços de saúde**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.
- FONSECA, R. M. P; PENICHE, A. de C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**. 2009;22(4):428-33.
- FREITAS, et al. O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde** ijuí editora unijuí v. 10 n. 20 jan./jun. 2011 p. 1133-1136.
- GAMA, Z.A.S; SATURNO, P.J. **A segurança do paciente inserida na gestão de qualidade dos serviços de saúde**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA -

ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.

GRIGOLETO, A.R.L; GIMENES F.R.E; AVELAR, M.C.Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):347-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10326>.

HARADA, M DE J.C.S; PEDREIRA, M.L.G. **O erro humano e sua prevenção.** In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.

HINRICHSEN, et al. Gestão da Qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. RAHIS - **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jul./dez. 2011.

LEITE, A. S; TURRINI, R.N.T. Análise do ensino de Enfermagem em Centro Cirúrgico nas escolas de São Paulo. **Rev.Bras.Enferm.**2014.jul-agos;67 (4);512-9.

LIMA, et al. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. **Revista de Enfermagem UFPE on line.** Recife, 7 (1):289-94, jan., 2013.

LUZ, S.O **que é gerenciamento de risco?**. Disponível em: http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=64. Acesso em: 21/11/2016.

MARTINS, G.S; CARVALHO, R.de. Realização do *timeout* pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. **Rev. SOBECC**, São Paulo. jan./marc.2014;19 (1):18-25.

MONTEIRO, F. SILVA, L. R.“Checklist” Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, especial, p.482-485, dez.2013.

MOURA, G. M. S.S; MAGALHÃES, A. M. de. **Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos.** IN: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.

OLIVEIRA et al. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.** Esc Anna Nery 2014;18(1):122-129

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)** tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

_____. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente.** 2011. 142p. Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO-IERP-PSP-2010.2-por.pdf>>. Acesso em: 10de abr. de 2016.

_____. **Guia para implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores:** estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. tradução de sátira Marina.: Brasília. Organização Pan-americana de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.** Dissertação. (Mestrado) 2010. Florianópolis, SC, 181 p.

PEDREIRA, M.L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm** 2009;22 (Especial - 70 Anos):880-1.

PANCIERI, et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013;34(1):71-78.

PORTARIA 1.377 de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 16/06/2016.

PORTARIA Nº 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 16/06/2016.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE: **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REIS, C. T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde- um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde coletiva**, 18 (7):2029-2036.2013.

REZENDE, Joffre.M.de. **À Sombra do Plátano:** Crônicas de História de Medicina. São Paulo: Unifesp, 2009.

ROSA, M.B. **Segurança do paciente:** Falhas humanas e tipo de abordagem: Histórico e consequências. Eurofarma Hospitalar. ismp.Brasil.2014.

SANTOS, F K. dos. SILVA, M.V.G.DA.GOMES, A.M. T. **Conhecendo a forma de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico** - uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jul-Set;23 (3):696-703.

SILVA, M.A. da; GALVÃO, C.M. Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enferm.** USP.2007; 41(1):104-12.

SILVA, A.E.B.C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**Goiânia.v.12, n 3.p 4224, set.2010.ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/11885/7815>>. Acesso em: 18/06/2016.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D, CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein São Paulo. [Internet]. 2010. Jan/Marc [cited 2013 Marc 25]; 8 91) 102-6. Disponível em: <<http://www.astresmetodologias.com/material/O-que-e-RIL.pdf>> Acesso em: 16/06/2016.

STUMM, E. M. F; MAÇALA, R. T; KIRCHNER, R. M. **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set;15 (3):464-71.

TRAVASSOS, C; CALDAS, B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos.** In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.

VENDRAMINI, R.C.R et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto de Câncer do Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm.** USP. 2010;44 (3):827-32.

ANEXO

ANEXO A- Instrumento para coleta de dados

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome Local do trabalho Graduação
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de Pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
B. Tipo de publicação	
Publicação de Enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área de saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa
2. Objetivo ou questão de investigação	() Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase experimental () Delineamento não experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra 3.2 Tamanho () Inicial () Final 3.3 Características Idade Critérios de inclusão/exclusão Sexo: M (), F () Raça Diagnóstico Tipo de cirurgia 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente 5.2 Variável dependente 5.3 Grupo controle: Sim () Não () 5.4 Instrumento de medida: Sim () Não () 5.5 Duração do estudo 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico 7.2 Nível de significância
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados 8.2 Quais são as recomendações dos autores
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

ANEXO B – Termo de Aceite do Orientador



Faculdade Paraense de Ensino

BACHARELADO EM ENFERMAGEM**TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, professor (a) Uilson Fernandes Ramos,
do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino, declaro
aceitar orientar o trabalho intitulado
“O Papel do Enfermeiro na Segurança do Paciente”,
de autoria dos(as) alunos (as)
Wendiane Coucho, Márcia Araújo e Robson Rafael.

Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e Conselho Nacional de Saúde - CNS Resolução N°466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação do projeto e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém-PA, 13 de Abril de 20 16.

Uilson Fernandes Ramos

Prof.

Orientador(a)

Contato telefone do orientador: 9 8144-5482

E-mail do Orientador: UEPEN@HOTMAIL.COM

ANEXO C – Termo de pesquisa do Aluno/Pesquisador



Faculdade Paraense de Ensino

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: o papel do enfermeiro na segurança do pacienteORIENTADOR(A): Uéberm Fernandes RamosPESQUISADORES: Bidiane Cordeira, Márcia Araújo e Robson Rafael

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na execução deste projeto.

Bidiane Cordeira maiaNome do aluno
PesquisadorRobson Rafael P. CordeiraNome do aluno
PesquisadorMárcia Cristina de L. AraújoNome do aluno
PesquisadorUéberm F. RamosNome do orientador
Orientador/Pesquisador

