



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Nursing team in safe surgery: challenges for accessing the protocol

Equipe de enfermagem em cirurgia segura: desafios para adesão ao protocolo
Equipo de enfermería en la cirugía segura: retos para la adhesión al protocolo

Francisca Aline Amaral da Silva¹, Andressa Gislanny Nunes Silva²

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of the Nursing team about the subject of safe surgery, evaluate the knowledge about filling the protocol and identify the factors that hinder its adherence and execution. **Methodology:** a qualitative study of a descriptive-explanatory approach performed with 67 employees of the nursing team of the surgical center of a large public hospital in the state of Piauí. Data collection took place in December 2016 through an interview. The analysis was performed by content analysis. The research was approved by the ethics committee of UESPI with the opinion n° 1775436 and of the coparticipant institution under opinion no 1795137. **Results:** they were classified into four categories: 1. knowledge of the professionals on the subject safe surgery that demonstrated little knowledge of the team About the protocol; 2. surgical errors and their occurrence where the majority reported that there have already been errors; 3. filling in the checklist where few professionals fill in correctly and completely the checklist and 4. difficulties for execution and adhesion of professionals where the main difficulty is lack of time. **Conclusion:** more attention is needed by the nursing team regarding the protocol and execution of actions to increase their knowledge.

Descriptors: Surgery. Check List. Perioperative Nursing. Health Care Quality.

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento da equipe de Enfermagem quanto ao tema cirurgia segura, avaliar o conhecimento acerca do preenchimento do protocolo e identificar os fatores que dificultam sua adesão e execução. **Metodologia:** estudo qualitativo de abordagem descritiva e explicativa realizado com 67 funcionários da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital público de grande porte do estado do Piauí. A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2016 por meio de entrevista. A análise foi realizada por análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da UESPI com o parecer n° 1775436 e da instituição coparticipante sob parecer n° 1795137. **Resultados:** foram classificados em quatro categorias: 1. conhecimento dos profissionais frente ao tema cirurgia segura que demonstrou pouco conhecimento da equipe acerca do protocolo; 2. erros cirúrgicos e sua ocorrência, onde a maioria relatara que já houve a ocorrência de erros; 3. preenchimento da lista de verificação, onde poucos profissionais preenchem corretamente e completamente o checklist e 4. dificuldades para execução e adesão dos profissionais, sendo a falta de tempo a principal delas encontrada. **Conclusão:** é necessária uma maior atenção por parte da equipe de enfermagem quanto ao protocolo e execução de ações para aumentar o conhecimento dos mesmos.

Descritores: Cirurgia. Lista de Checagem. Enfermagem Perioperatória. Qualidade da Assistência à Saúde.

RESUMÉN

Objetivo: analizar el conocimiento del equipo de Enfermería en cuanto al tema cirugía segura, evaluar el conocimiento acerca del llenado del protocolo e identificar los factores que dificultan su adhesión y ejecución. **Metodología:** estudio cualitativo de abordaje descriptivo-explicativo realizado con 67 funcionarios del equipo de enfermería del centro quirúrgico de un hospital público de gran porte del estado de Piauí. La recolección de datos ocurrió en diciembre de 2016 a través de una entrevista. El análisis fue realizado por análisis de contenido. La encuesta fue aprobada por el comité de ética de la UESPI con el dictamen n° 1775436 y de la institución coparticipante bajo dictamen no 1795137. **Resultados:** se clasificaron en cuatro categorías: 1. conocimiento de los profesionales frente al tema cirugía segura que demostró poco conocimiento del equipo Sobre el protocolo; 2. errores quirúrgicos y su ocurrencia donde la mayoría relató que ya hubo la ocurrencia de errores; 3. llenado de la lista de verificación donde pocos profesionales cumplen correctamente y completamente el checklist y 4. dificultades para la ejecución y adhesión de los profesionales donde la principal dificultad encontrada es la falta de tiempo. **Conclusión:** es necesario una mayor atención por parte del equipo de enfermería en cuanto al protocolo y ejecución de acciones para aumentar el conocimiento de los mismos.

Descriptor: Cirugía. Lista de Verificación. Enfermería Perioperatoria. Calidad de la Atención de la Salud.

¹Enfermeira. Docente da Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: falinesilva@yahoo.com.br

²Enfermeira. Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: dessagis@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), globalmente, cerca de 234 milhões de grandes intervenções cirúrgicas são realizadas por ano. Isso equivale a cerca de uma cirurgia para cada 25 pessoas. Estudos sugerem que complicações pós-operatórias resultam em deficiência ou internação prolongada em 3% a 25% dos pacientes internados, dependendo da complexidade do procedimento cirúrgico e do tipo de hospital⁽¹⁾.

Essas taxas significam que, anualmente, pelo menos 7 milhões de pacientes podem ter complicações pós-operatórias. As taxas de mortalidade relatadas após grandes cirurgias são entre 0,4% e 10%, dependendo das circunstâncias. A estimativa do impacto dessas taxas é que pelo menos um milhão de pacientes morrem por ano, durante ou após uma cirurgia⁽¹⁾.

A segurança cirúrgica aflorou como uma preocupação expressiva na saúde pública mundial, de tal forma que as intervenções na atenção primária e em projetos educacionais melhoraram drasticamente a sobrevivência materna e neonatal, esforços equivalentes podem melhorar a segurança cirúrgica e a qualidade da assistência⁽²⁾.

Por isso, em 2004, a Assembleia da Saúde Mundial aprovou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, surgindo assim a campanha chamada Desafio Global para a Segurança do Paciente, e então em 2007 - 2008, foi lançado através dessa campanha o seu segundo desafio que vem a ser a Segurança da Assistência Cirúrgica⁽²⁾, chamado 'Cirurgias Seguras Salvam Vidas', que pretende reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS⁽³⁾.

Dentro desse desafio uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (checklist) foi proposta para ser utilizada em qualquer hospital, cujo objetivo é auxiliar as equipes cirúrgicas a seguirem de forma sistemática passos críticos de segurança. O uso dessa ferramenta pretende melhorar a assistência cirúrgica no mundo, por meio de padrões de segurança que possam ser empregados em todos os países⁽⁴⁾.

Maior responsável pela aplicação dessa lista e do protocolo, a equipe de Enfermagem tem assumido papel de protagonismo nas salas de cirurgia, ao fazer valer as determinações em favor da segurança do paciente, inclusive diversas das medidas propostas pela Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, principalmente o empoderamento da Enfermagem para que ela possa ter clareza da magnitude desse processo, principalmente na condução do timeout⁽⁵⁾.

Baseado nesse checklist foram estudados 7.688 pacientes divididos em dois grupos: Antes da aplicação (3.733 pacientes) e após a aplicação do mesmo. As grandes complicações foram reduzidas de 11 para 7%, significando uma queda de 36% e a mortalidade caiu de 1 para 0,8% significando uma queda de 47%⁽⁶⁾.

Contudo, há pelo menos cinco desafios subjacentes para melhorar a segurança cirúrgica. Primeiro, ela ainda não foi reconhecida como uma preocupação significativa em saúde pública devido a

ser um procedimento de altos custos; segundo, a falta de acesso à assistência cirúrgica básica; terceiro, as complicações na anestesiologia; quarto, as práticas de segurança existentes parecem não ser usadas da maneira confiável em nenhum país, como por exemplo, a infecção de sítio cirúrgico; quinto, sua complexidade e juntamente com isso a pouca estrutura de salas cirúrgicas e/ou deficiente capacitação e orientação da equipe cirúrgica para esses procedimentos de alta complexibilidade, o objetivo do programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" é solucionar esses problemas⁽²⁾.

Desses dois últimos desafios surge a motivação e interesse pelo tema abordado nesse estudo, onde pela experiência vivenciada durante a prática do estágio da disciplina de Enfermagem Perioperatório foi possível observar a assistência prestada aos pacientes durante o período pré, intra e pós-operatório. Diante disso foi observada a dificuldade das equipes cirúrgicas de Enfermagem de adesão e cumprimento do protocolo de cirurgia segura. Portanto questionam-se quais os obstáculos para que a equipe de enfermagem execute corretamente o protocolo de cirurgia segura?

Mediante o exposto acima o objetivo geral dessa pesquisa foi Analisar o conhecimento da equipe de Enfermagem quanto ao tema cirurgia segura. E tem como objetivos específicos: Avaliar o conhecimento acerca do preenchimento do protocolo de cirurgia segura. Identificar os fatores que dificultam a adesão e execução do protocolo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem descritiva e explicativa que visa determinar o conhecimento da equipe de Enfermagem quanto ao tema cirurgia segura.

A pesquisa ocorreu no centro cirúrgico de um hospital de grande porte do estado do Piauí no município de Teresina. O referido hospital é um dos maiores e mais bem equipados da região meio norte do país. Único hospital apto a realizar procedimentos de alta complexidade devido ao avanço tecnológico e pela capacidade técnica de seus profissionais. O que tornou possível a melhoria do acesso a procedimentos complexos pela população mais carente.

Conta com duas unidades de Centro Cirúrgico, um para procedimentos oftalmológicos, com 03 salas e um Centro Cirúrgico Geral, onde se realiza procedimentos eletivos em geral, que conta com 10 salas de cirurgia (sendo que esta pesquisa ocorreu apenas no centro cirúrgico geral, consistindo assim de 9 salas). Inclui também uma sala de pós-anestesia, vestiário, cozinha, sala de administração, farmácia, expurgo e sala de materiais. Atendem cirurgias de pequeno, médio e grande porte de diversas especialidades, seguindo um horário semanal estabelecido para cada equipe. Realiza aproximadamente 50 cirurgias/dia.

Participaram desta pesquisa os profissionais de enfermagem atuantes no referido centro cirúrgico, com um total de 67 funcionários (dado indicado pela

escala de enfermagem do mês de dezembro), sendo que somente 30 funcionários foram entrevistados, que tinham mais de seis meses atuando no setor, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam a entrevista.

A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro por meio de uma entrevista estruturada feita pela pesquisadora ao participante em local privativo e agendado. Foi elaborado um questionário acerca do tema do estudo para a coleta, onde este questionário foi aplicado em forma de entrevista.

Para organização e análise dos dados, recorremos ao Método de Análise de Conteúdo. O método de análise de conteúdo é composto de três fases: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados. A Pré-análise é a fase de organização e sistematização das ideias iniciais devendo ser preciso e flexível. A Exploração do material é a administração das decisões tomadas na fase anterior. Consiste essencialmente de operações de codificação e categorização, em função de regras previamente formuladas.

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

Quanto a análise das entrevistas, os resultados que os sujeitos atribuíram foram classificados quatro categorias temáticas: conhecimento dos profissionais frente ao tema cirurgia segura, erros cirúrgicos e sua ocorrência, preenchimento da lista de verificação e dificuldades para execução e adesão dos profissionais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UESPI pelo parecer: 1.775.436, e atende à Resolução CNS 466/12 no concernente à participação voluntária dos participantes, ao direito de desistência em qualquer momento do estudo, sigilo dos dados, anonimato dos sujeitos e divulgação dos resultados no meio científico. E também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante pelo parecer: 1.795.137.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

O número de profissionais de enfermagem atuantes no ambiente de Centro Cirúrgico Geral é composto por 67 funcionários sendo 16 enfermeiros e 51 técnicos de enfermagem. A população do estudo é formada por 30 profissionais de enfermagem, sendo 7 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem. Todos os enfermeiros entrevistados eram do sexo feminino e entre os técnicos de enfermagem apenas 1 era do sexo masculino, sendo os outros 22 do sexo feminino. Aproximadamente 63% das enfermeiras e 60% dos técnicos de enfermagem tinham mais 5 de anos de serviço.

Serão representadas as falas dos participantes organizadas pelas letras: 'E' para as Enfermeiras e 'T' para os Técnicos de Enfermagem.

Categoria 1: Conhecimento dos profissionais de enfermagem frente ao tema cirurgia segura

A cerca desta categoria colocam-se 3 perguntas da entrevista: O conhecimento geral do protocolo, onde pode-se observar na fala abaixo:

Cirurgia que eu me cerco de todos os cuidados necessários para que a paciente seja bem atendida, cuidados de assepsia antisepsia, checagem do prontuário, checagem do paciente, do caso do paciente. (T7)

Tem todos os procedimentos de segurança do paciente, onde ela é planejada para que ocorra tudo da melhor forma possível e tenha êxito ao final. (E4)

O conhecimento dos dez objetivos do protocolo de cirurgia segura, que se consideraram as seguintes falas:

Não, Não conheço a literatura que fala sobre isso. (T1)

Identificação, pulseira, já teve várias reuniões disso, mas a gente nunca grava. (T5)

Não, não conheço a fundo. (E6)

E a respeito do checklist, observaram-se as falas abaixo:

É identificar o paciente, é muito importante também, você tem que verificar se está tudo bem, por que de repente eu trago o paciente para a sala e não verifico se está todo o material. (T2)

É uma lista de verificação com os dados do paciente, se tem alergia, sobre compressas, sobre essas coisas. (T8)

É uma espécie de formulário que a gente usa na enfermagem para confirmar se todos os itens de segurança estão sendo seguidos rigidamente. (E2)

A meta do desafio "Cirurgia Segura Salva Vidas" é melhorar a segurança da assistência cirúrgica em todo o mundo por meio da definição de um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os países e considera que embora as taxas de mortalidade e as complicações pós-cirurgias variem muito e com causas diversificadas, muitos desses eventos são evitáveis⁽⁷⁾.

Os profissionais de enfermagem cumprem um papel importante na fase pré, trans e pós-operatória, sendo fundamental na transmissão de confiança e segurança ao paciente. Nessa perspectiva, a prática de enfermagem exige que os profissionais estejam mais preparados quanto: ao conhecimento técnico-teórico, interação de todas as etapas do processo cirúrgico que impelem na segurança do paciente, bem como realizar um cuidado humanizado⁽⁸⁾.

A assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico tem passado por um impacto da tecnologia avançada que tem sido inoxidável em virtude da necessidade de maior especialização do conhecimento do grupo profissional, bem como de novas e maiores aptidões e experiências, formando equipes complexas de especialistas altamente conceituadas⁽⁹⁾.

Uma pesquisa realizada na França sobre a implementação da lista de verificação, obteve como resultado a falta de informação da equipe. Na percepção desta pesquisa, a lista de verificação constitui-se mais como um documento administrativo que serve apenas de complemento do que algo útil para melhoria da segurança do paciente⁽¹⁰⁾. Reafirmando esta pesquisa, Ques, Montoro e González advertem sobre a deficiente formação relacionada ao tema, falta de formação específica em gerenciamento de risco, gestão inadequada do conhecimento e escassez de pesquisas e evidências sobre o assunto, pois a falta de material bibliográfico e literário acarreta em pouco conhecimento⁽¹¹⁾.

Os resultados demonstraram que os profissionais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos possuíam pouco conhecimento do protocolo de cirurgia segura.

Categoria 2: Erros cirúrgicos e sua ocorrência

São muitos os fatores que podem levar uma equipe cirúrgica ao erro, colocando em risco a segurança do paciente. Entre esses fatores, podem-se citar: materiais inapropriados, por esterilização inadequada ou por mau funcionamento; corpo estranho esquecido no paciente, como instrumentais e compressas; dificuldade em reconhecer complicações durante a cirurgia; planejamento indevido dos cuidados no período pós-operatório; perfurações ou hemorragias; intervenção com tempo prolongado e cirurgias de sítio e/ou indivíduo errados, ou, ainda, procedimento incorreto⁽³⁾. Atenta-se a fala abaixo:

Já, aconteceu bastante, acontecia bastante, hoje com o checklist melhorou. (T4)

Nenhum profissional deseja cometer erros, todavia, quando estes ocorrem, na maioria das vezes, procura-se escondê-los devido ao medo de penalidades, impossibilitando a análise crítica de suas origens. Consequentemente, os fatores causais permanecem latentes, implicando em novas ocorrências. Neste sentido, pretendendo diminuir a sua frequência, faz-se necessário a realização de uma análise crítico-reflexivo dos processos envolvidos na identificação das suas causas, de forma a removê-los do sistema como um todo, impedindo a ocorrência de novos eventos⁽¹²⁾.

O erro humano cometido por profissionais de saúde é imensamente elevado. Estimam-se em 150.000 óbitos por ano nos USA e 80.000 por ano na Grã-Bretanha, sendo a 3ª causa de mortalidade após o câncer e as cardiopatias. Não existe estimativa desses números no Brasil. O efeito adverso ocorre em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, ou seja, 23,4 milhões de caso por ano⁽⁶⁾.

Muitos fatores foram considerados causadores das

condições de insegurança do paciente, dentre eles está o silêncio em torno da questão do erro médico e a violação de normas e rotinas. Apesar dos esforços para mudar essa postura, com diferentes estratégias, poucas são as respostas efetivas, o que se deve, em parte, à cultura que atribui importância excessiva à figura do médico e à complexa natureza do cuidado em saúde⁽¹³⁾. Nas falas abaixo se observou certa incerteza nas respostas:

Que eu me lembre...não. (T3)

Não, comigo não. (T18)

Não, ate agora não. (E1)

Contudo, considera-se que dentro da sala cirúrgica, todos os profissionais da equipe têm papel fundamental para contribuir com a segurança do paciente. A lista de verificação é um instrumento que concretiza e objetiva elementos fundamentais à segurança e, que propicia e exige o envolvimento da equipe como tal. Deste modo, somando-se às responsabilidades individuais de cada profissional à equipe, são atribuídas as responsabilidades relativas à garantia da segurança do paciente⁽¹³⁾.

Categoria 3: Preenchimento da lista de verificação

Os resultados relativos ao preenchimento da lista de verificação, no presente estudo, refletem a baixa adesão de acordo com o preconizado e podem ser parcialmente explicados pela falta de conhecimento e treinamento referidos. Consideram-se esses elementos fundamentais à adesão ao protocolo, nesse estudo representado pelo preenchimento da lista de verificação, como pode ser observado nas falas:

Eu faço o checklist do prontuário. (T6)

No prontuário aplico sim. (T13)

Rotineiramente e diariamente. (E3)

O protocolo, por meio da lista de verificação, estabelece normas e critérios a serem seguidos, com etapas (pausas) e itens que contemplam os dez objetivos da OMS para segurança do paciente cirúrgico.

Os objetivos do protocolo são a base essencial para qualquer procedimento cirúrgico e são apoiados pela OMS para o alcance da segurança do Paciente⁽²⁾. O líder do Programa Cirurgia Segura da OMS, refere que os estudos realizados em várias partes do mundo elencaram situações que colocavam em risco a segurança do paciente. Essas situações originaram os objetivos apresentados pela OMS e auxiliaram a construção da lista de verificação sugerida pela organização⁽¹⁴⁾. Desse modo, seus itens refletem os elementos para a garantia da segurança e, ao não serem verificados, implica-se em risco à segurança do paciente. Como pode ser constatado nas falas:

Sim, mas eu não vou dizer que são em todos os procedimentos. (T11)

Tem momentos que não da, mas o que fica na porta da. (T20)

O fato de a equipe de enfermagem conhecer o checklist não significa saber utilizá-lo corretamente. Realizar treinamentos com todos os profissionais que irão atuar na sala operatória é fundamental para o êxito do programa de cirurgia segura. Utilizar o checklist é muito mais do que simplesmente checar uma lista. Enquanto não for mostrado a todos o porquê e como utilizá-lo acertadamente, a equipe não estará preparada para fazer seu uso⁽³⁾.

Portanto, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso do instrumento apresentado, o que se dá quando as equipes entendem a importância, a necessidade, aceitam o processo e absorvem 'o novo' à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com a participação do paciente e da equipe é essencial para o sucesso do procedimento⁽¹⁵⁾.

Com base nos resultados apresentados, que demonstram dificuldades de comunicação e necessidade de mudança de comportamento frente às etapas da lista de verificação, recomenda-se a realização de treinamentos com toda equipe de enfermagem para explanação dos objetivos do Programa e sua importância para a segurança do paciente cirúrgico. Ainda, oportunizar a todos os profissionais expor dificuldades, dúvidas, divergências e sugestões com vistas a colaborar readequação da lista de verificação, se necessárias. E, principalmente, o desenvolvimento do compromisso coletivo e com apoio institucional para que a implantação do protocolo siga rumo à consolidação⁽¹⁶⁾.

Sugere-se uma definição de qual profissional é responsável pela confirmação de cada um dos itens da lista e a quem é encarregar o seu preenchimento. Considera-se que uma só pessoa pode ser responsável por todo o preenchimento da lista de verificação, desde que todos os profissionais participem, oralmente, da confirmação e nas diferentes etapas. Outra ação, não menos importante, é que o serviço continue com a disponibilização do campo para futuras pesquisas que venham contribuir para a efetivação do Programa Cirurgia Segura⁽¹⁶⁾.

Categoria 4: Dificuldades para execução e adesão dos profissionais

A construção desta categoria temática emergiu das seguintes respostas dos participantes do estudo:

A demanda, a agonia da cirurgia, por exemplo, se for uma colecistectomia que você tem todo o tempo de dividir o tempo, da, mas em uma cirurgia de urgência que vem as vezes de uma UTI, não da, porque você ou atende as necessidades do paciente e do médico ou você vai deixar o médico sozinho e vai preencher aquilo dali [...] Principalmente pessoa física trabalhando, aqui por exemplo temos poucos funcionários para uma demanda muito grande de pacientes e muito serviço, ai como é que você vai realizar um trabalho como manda a

cartilha se não tem o principal que é o profissional, ai fica o meio deficiente. (T1)

As dificuldades são as cirurgias são as vezes muitos rápidas e não da tempo. (T18)

Neste sentido, entre as dificuldades para a execução da lista de verificação, destaca-se a falta de participação da equipe, além do tempo gasto. Esses resultados vêm ao encontro de um estudo realizado na França que demonstrou como empecilho mais comum (identificada em 10, entre 16 centros pesquisados) a falta de participação da equipe, sendo a falta de comunicação à situação mais apontada. E em 9, dos 16 centros pesquisados, foi citado o tempo como uma barreira, visto que os profissionais já tinham uma pesada carga de trabalho⁽¹⁷⁾.

O tempo é considerado como fator importante para a realização de procedimentos em benefício da segurança do paciente. A falta de tempo real para seu desempenho soma-se ao tempo dedicado pelos profissionais em suas atividades de trabalho; e a sobrecarga dificulta a detecção de complicações⁽¹¹⁾. Os autores citam também o mau dimensionamento no número de profissionais e a falta de trabalho em equipe como dificuldades para a aplicação de medidas para a segurança do paciente.

No presente estudo o tempo despendido para o preenchimento da lista de verificação foi a primeira dificuldade referida pelos profissionais. Porém, consideramos que ao conhecer e compreender a importância do protocolo, e serem orientados sobre seu preenchimento poderá ser considerado pela equipe como uma das etapas do procedimento cirúrgico. E, como tal, incluída na rotina organizacional. A superação de dúvidas, discordâncias e dificuldades apresentadas pelos participantes deste estudo pode contribuir para maior adesão ao protocolo institucional. Observa-se nas seguintes falas dos participantes:

A questão de organização do serviço, porque é tudo muito tumultuado, muito cheio de imprevistos, e acho que isso dificulta. (T9)

Eu acho que é a correria do serviço, a falta de tempo por que aqui é muito corrido. (T23)

As vezes a demanda é muito grande e você está muito ocupado, mas a gente tenta fazer o possível. (E7)

A enfermeira, como gerente do cuidado, constitui o principal vínculo entre a equipe e o paciente, e relatos dessas profissionais colocam a enfermagem com importância fundamental, visto que administra a unidade, lidera a equipe e repassa as informações os demais profissionais⁽¹⁸⁾.

No centro cirúrgico onde o presente estudo foi realizado, a enfermeira não executa atividade como circulante de sala ou instrumentadora, ou seja, não permanece durante a cirurgia e, portanto, não participa efetivamente da checagem dos itens de segurança. Esta função é realizada pelo técnico/auxiliar de enfermagem. Isso pode ser observado pelo fato desse profissional, de acordo com os resultados apresentados, ter participado de

maneira expressiva, em todas as etapas da lista de verificação, porém os resultados mostraram que não se refere à comunicação com o paciente e apresentação da equipe ao mesmo, o técnico em enfermagem assim como o cirurgião, não se expressaram verbalmente⁽¹⁹⁾.

Na realidade brasileira, pesquisas mostram que o enfermeiro executa, essencialmente, atividades administrativas no centro cirúrgico, fato que pode estar relacionado à força de trabalho⁽¹⁹⁾. Isso faz com que esse profissional, como líder da equipe de enfermagem, não consiga atuar dentro de sala e supervisionar as ações dos técnicos em enfermagem.

A Resolução COFEN Nº 527/2016 define critérios para cálculo do dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico, o referencial mínimo para o quadro dos profissionais considera: a Classificação da Cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias, conforme indicado no estudo de Possari⁽²⁰⁾.

Como horas de enfermagem, por cirurgia no período eletivo: 1,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 1; 2,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 2; 4,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 3; 8,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 4. Como tempo de limpeza, por cirurgia: Cirurgias eletivas - 0,5 horas; Cirurgias de urgência e emergência - 0,6 horas. Como tempo de espera, por cirurgia: 0,2 horas por cirurgia. Como proporção profissional / categoria, nas 24 horas: 20% do total de profissionais deverão ser enfermeiros e 80% técnicos ou auxiliares de enfermagem⁽²⁰⁾. Cabe ao enfermeiro, apoiado pelas atribuições que lhe são cabíveis, realizar o levantamento das necessidades do serviço⁽²¹⁾.

Deste modo, considera-se importante que haja mais quantitativo de enfermeiros no centro cirúrgico do estudo para que esse possa, efetivamente, acompanhar a execução do protocolo em sala operatória. Não há legislação específica para dimensionamento de pessoal em centro cirúrgico, porém este deve ser realizado considerando-se as particularidades e realidade do serviço como o perfil de atendimento, tipo de instituição, fluxo de procedimentos e período de funcionamento, entre outras⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

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

Constatou-se por meio das entrevistas realizadas que o conhecimento da equipe de enfermagem do centro cirúrgico do referido hospital é deficiente em relação ao protocolo de cirurgia segura.

Pode-se afirmar que existe uma lacuna nos treinamentos realizados para apresentação do programa, e a falta de informação sobre atribuição e preenchimento da lista de verificação. A falta de tempo foi o fator mais citado para a sua aplicação, o que merece um olhar mais atento dos responsáveis

pelo setor e pela implantação do programa, de modo a ser repensadas mudanças e instituídas ações.

Os resultados apresentados não diferem dos encontrados nas publicações de outras pesquisas. No entanto, considerando ser um programa em implantação, é oportuna a identificação e abordagem das dúvidas e dificuldades, o incentivo à participação de todos. Também se faz necessária maior vigilância sobre as ações realizadas dentro da sala operatória, principalmente na aplicação da lista de verificação, instrumento esse que, depois de preenchido, recebe a assinatura de representantes de todos os profissionais envolvidos, sendo considerado assim, como documento importante sobre o registro das ações de segurança do paciente.

O esforço para a implantação do protocolo, pela equipe observada, foi reconhecido e deve ser estimulado para sua consolidação. As dificuldades apresentadas não devem servir de desestímulo, mas ao contrário, devem proporcionar reflexão e promover melhorias.

Percebe-se a necessidade que a instituição invista em promoção de ações para qualidade da assistência e segurança ao paciente, pois, somente com estruturas e uma equipe qualificada a assistência na saúde terá qualidade e estabilidade. Recomenda-se, também uma avaliação periódica da equipe a respeito da adesão ao protocolo e utilização de indicadores da eficácia do checklist na redução de complicações, visando aumentar a sua utilização por meio da evidência local do seu impacto positivo.

REFERÊNCIAS

1. Cirurgia segura. Conheça o trabalho desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para ampliar a segurança nas cirurgias [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.cirurgiasegura.com.br/oms.php>
2. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf
3. Pancieri AP; Carvalho R; Braga EM. Aplicação do checklist para cirurgia segura: Relato de experiência. Rev SOBECC [internet]. 2014; 19(1):26-33. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/50>
4. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2014; 30(1):137-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>
5. Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo. Detalhes que salvam vidas: Como a equipe de Enfermagem tornou-se protagonista no processo de ampliação da segurança do paciente no centro cirúrgico. São Paulo, Enfermagem Revista [internet]. 2014;8. Disponível em: <http://portal.coren->

sp.gov.br/sites/default/files/54_CAPA_cirurgia_segura.pdf

<http://qualitysafety.bmj.com.ez17.periodicos.capes.gov.br/content/qhc/21/3/191.full.pdf>

6. Ferraz EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. São Paulo, Rev Col Bras Cir [internet]. 2009; 36(4):281-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000400001>

18. Fontana RT; Lautert L. A prevenção e o controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. Rev Bras Enferm [internet]. 2006;59(3):257-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300002>

7. Oliveira EFV; Silva Júnior FJG. Atuação do enfermeiro frente às complicações na sala de recuperação pós anestésica. Rev Enferm UFPI [internet]. 2016;5(3):54-9. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5106/pdf>

19. Stumm E, Macalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto Contexto Enferm [internet]. 2006;15(3):464-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300011>

8. Santos SP, Cordeiro SL, Souza LPS, Barbosa HÁ. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre o processo de rastreabilidade dos instrumentais na cirurgia segura. Rev Digital [internet]. 2014;18(188). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd188/rastreabilidade-dos-instrumentais-na-cirurgia.htm>

20. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 0527 de 3 de março de 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html

9. Carvalho R, et al. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1. ed. Manole, 2007.

21. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN nº 042/2011. Dispõe sobre o Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem - aspectos gerais. São Paulo, SP, 07 abr. 2011. GAB nº 042, 2011. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_42.pdf

10. Cunat C, Flatin V, Viale JP. Stratégie de déploiement de la check-list dans un CHU. Ann Fr Anesth Reanim [internet]. 2011;30:484-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.04.004>

11. Ques AAM; Montoro CH; Gonzalez MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2010;18(3):08 telas. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2017/05/01

Accepted: 2017/05/29

Publishing: 2017/06/01

12. Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Rev Eletr Enf [internet]. 2011; 13(2):347-54. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a22.pdf

13. Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. Physis [internet]. 2010;20(2):625-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>

Corresponding Address

Francisca Aline Amaral da Silva

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335, Bairro Centro Sul, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64001-280

Telefone: (86) 3221-4749

E-mail: falinesilva@yahoo.com.br

Universidade Estadual do Piauí, Teresina.

14. Gawande A. Check List: como fazer as coisas bem feitas. Rio de Janeiro: Sextante; 2011.

15. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev Gaúcha Enferm [internet]. 2013;34(1):71-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/33863/24507>

16. Maziero ECS. Avaliação da implantação do programa cirurgia segura em um Hospital de ensino [Dissertação] [internet]. Paraná: Universidade Federal do; 2012. 104f. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/01/AVALIA%C3%87%C3%83O-DA-IMPLANTA%C3%87%C3%83O-DO-PROGRAMA-CIRURGIA-SEGURA-EM-UM-HOSPITAL-DE-ENSINO.pdf>

17. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf [internet]. 2012; 21(3):191-7. Disponível em: