

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

---

**Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro**

**SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA NO PERIOPERATÓRIO:**  
**integração de uma complexa rede intra-hospitalar**

Belo Horizonte – MG

2016

**HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO**

**SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA NO PERIOPERATÓRIO:  
integração de uma complexa rede intra-hospitalar**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves

Belo Horizonte – MG  
Escola de Enfermagem – UFMG

2016

Ribeiro, Helen Cristiny Teodoro Couto.  
R848s      Segurança da assistência no perioperatório [manuscrito]: integração de uma complexa rede intra-hospitalar. / Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro. - - Belo Horizonte: 2016.  
223f.: il.  
Orientador (a): Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Centro Cirúrgico Hospitalar. 4. Lista de Checagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WX 185

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem (NUPAE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



**ATA DE NÚMERO 67 (SESENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 18 (dezoito) dias do mês de maio de dois mil e dezesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS: A INTEGRAÇÃO DE UMA COMPLEXA REDE INTRA-HOSPITALAR*", da aluna **Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Ana Lúcia De Mattia, Ricardo Bezerra Cavalcante, Mario Borges Rosa e Maria José Menezes Brito, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- ( ) APROVADA;  
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
( ) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares Braga, Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de maio de 2016.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marília Alves  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lúcia De Mattia  
(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante  
(UFSJ)

Prof. Dr. Mario Borges Rosa  
(FHEMIG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José Menezes Brito  
(Esc.Enf/UFMG)

Lucilene Batista Soares Braga  
Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM  
Em 06/06/16

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréa Gazzinelli  
Sub-Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem/UFMG

### MODIFICAÇÃO EM TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO**.

As modificações foram as seguintes:

Alteração do título para: "Segurança da existência no perioperatório: integração de uma rede intra-hospitalar";  
"Segurança da existência no perioperatório: integração de uma complexa rede intra-hospitalar";  
Revisão de português;  
Elucidar o conceito de "conexão".

#### NOMES

Prof. Dr. Marília Alves  
Prof. Dr. Ana Lúcia De Mattia  
Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante  
Prof. Dr. Mario Borges Rosa  
Prof. Dr. Maria José Menezes Brito

#### ASSINATURAS

*[Handwritten signatures of the reviewers]*

COORDENADORA DO PROCESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Em 06/06/16

*[Handwritten signature of Prof. Dra. Andréa Gazzinelli]*  
Prof. Dra. Andréa Gazzinelli  
Sub-Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem/UFMG



*O poder da oração é como um efeito borboleta: você ora aqui e o mar vermelho se abre também para outras pessoas lá!*  
(Helen Ribeiro)

*Teus, ó Senhor, são a grandeza, o poder, a glória, a majestade e o esplendor, pois tudo o que há nos céus e na terra é teu. Teu, ó Senhor, é o reino; tu estás acima de tudo. A riqueza e a honra vêm de tí; tu dominas sobre todas as coisas. Nas tuas mãos estão a força e o poder para exaltar e dar força a todos. Agora, nosso Deus, damos-te graças e louvamos o teu glorioso nome.*  
(I Crônicas 29: 11-13)





*A minha herança do Senhor ANA BEATRIZ,  
que desde meados deste projeto,  
te gestar, te ver nascer, sorrir e cuidar de você  
tem-me revelado mais da Graça de DEUS,  
e trouxe grande alegria para meu viver.*

*As DEMAIS HERANÇAS que o Senhor  
concederá a mim e ao meu amado Bruno,  
ainda não os conhecemos,  
mas já agradecemos a DEUS  
pela nossa família.*

*Dedicatória*





*A JESUS, filho do DEUS Altíssimo, por ter me dado a resposta para o Alfa deste desafio, o sustento em cada etapa e me trazido para o Ômega. Tua fidelidade me constrange!*

*Ao meu eterno namorado, meu motivador pessoal, homem valoroso, Bruno, pelo incentivo constante, por me amar tanto e ter sido o Escolhido de DEUS para um projeto maior: construção de uma linda família. Amo-te cada vez mais!*

*A minha mãezinha, Cida, que tanto amo, por abdicar da sua casa e emprego para nos ajudar no cuidado da nossa princesa e da nossa casa, possibilitando-me ausentar para executar esta tese com tranquilidade imensurável.*

*A minha princesa linda Ana Beatriz, sua alegria contagiante, seu charme, te ouvir me chamar de “mamãaaaae”. ganhar seus muitos beijinhos, me motivaram a cada dia da construção desta tese.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília que, além de orientar este trabalho com esmero, também apoiou com todo carinho e se alegrou conosco com o projeto Ana Beatriz.*

*A minha amiga, irmã, confidente, conselheira, Sandra, pelas orações constantes, sempre com uma palavra que me consolou e me fortaleceu em cada um dos momentos difíceis desta tese. Alegrou-se com minhas vitórias! Amo você e sua família linda!*

*Aos meus amigos e irmãos Gegê e Edy, pelo companheirismo e amor, amigos de toda hora! A disponibilidade do coração de vocês para nos ajudar é indescritível. Amo vocês!*

*Aos amigos do meu coração Karine e Leo; Naiara e Emerson; Jhonatan; Alexandra e Alexandre; Aline e Alessandro; Dani e Alexandre, Raquel, Rúbia e família, por torcerem e orarem por mim,*

*A minha sobrinha Maria Luiza e aos meus sobrinhos do coração Rafael, Davi, Bianca, Alice, André e à mascotinha princesa Ana Teresa, pelos sorrisos que alegam os meus dias...*

## *Agradecimentos*





*Aos meus familiares de Divinópolis, ressalto a presença constante dos tios Fátima, Osvaldo e priirmã Aliny; aos de Belo Horizonte, principalmente meus sogros amados Lena e Gilto, pelo apoio; de Ipatinga, ressalto o amor de cada um dos meus tios do coração e de Sete Lagoas, por compreenderem minha necessária ausência, agora estaremos mais juntos.*

*Aos colegas da pós-graduação da Escola de Enfermagem e de Administração da UFMG.*

*Aos colegas e pesquisadores do NUPAE, pelo aprendizado, ressalto às queridas Elana, Dani, Bruna, Lívia, Meiry, Andreia e Bia. Destaco o apoio e orações da Kellen e a ajuda da Ana Caroline Bredes, companheira especial neste percurso.*

*Aos funcionários do Programa de Pós Graduação, principalmente a Lucilene pelas diversas orientações e professores da Escola de Enfermagem da UFMG, principalmente às queridas Prof<sup>a</sup> Maria José e Prof<sup>a</sup> Kênia, exemplos que levarei para sempre.*

*Às colegas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Soraya, Eliane, Cláudia, Simone, Walkíria, Camila, Dri, Fernando, Lu, Conceição, Ágda, Nayara.*

*Aos colegas da UFSJ, ressalto a torcida pela nomeação dos professores Juliano, Alexandre, Valéria, Eliete, Heloíza, Virginia. A acolhida do Prof<sup>o</sup> Eduardo, Prof<sup>a</sup> Patrícia, Isabel, e professores do Grupo Saúde do Adulto e Idoso, principalmente a ajuda das professoras Tatiane, Luciana, Liliane e Aline e a Prof<sup>a</sup> Letícia que me recebeu com carinho em sua sala.*

*À coordenação de enfermagem, aos coordenadores da Linha de Cuidados Cirúrgicos e aos profissionais do hospital cenário deste estudo, pela disponibilidade em atenderam o pedido para participar desta pesquisa, muito obrigada! Ressalto a atenção do Og!*

*Aos professores da banca de qualificação Maria José Brito e Mário Borges e aos demais professores da banca de defesa, pelas contribuições e aprendizado.*

*Às pessoas queridas que aprendi muito sobre Segurança do Paciente: Lismar, Helidea, Prof<sup>o</sup> Walter Mendes, Prof<sup>o</sup> Victor Grabois, Simone, Érika, Andreia, Ângela e Gilberto.*

# *Agradecimentos*



## RESUMO

RIBEIRO, H.C.T.C. **Segurança da assistência no perioperatório**: integração de uma complexa rede intra-hospitalar. 223 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

A segurança da assistência no perioperatório é promovida tanto por meio de atores não humanos (como *checklist*, materiais e equipamentos) quanto pela prática dos diversos atores humanos da rede intra-hospitalar. Objetivou-se analisar a segurança da assistência no perioperatório na visão de profissionais que atuam direta e indiretamente no ato anestésico-cirúrgico, focalizando a conexão dos diferentes atores da rede intra-hospitalar. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa em que participaram 32 profissionais que atuam no centro cirúrgico e nas unidades assistenciais e de apoio ao ato anestésico-cirúrgico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e observação. Os dados foram analisados empregando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temática. Os resultados da pesquisa foram agrupados em três categorias: “Rede intra-hospitalar para o perioperatório em um hospital público referência para urgências e emergências e de ensino”; “Situações de segurança e de insegurança nos procedimentos cirúrgicos”; e “Lista de verificação de segurança cirúrgica: da aparente simplicidade a real complexidade”. Na primeira categoria observou-se uma mistificação do Centro Cirúrgico pelos profissionais que atuam internamente e externamente a este setor. A rede intra-hospitalar foi considerada vital, porém encontra-se fragmentada e a maior parte dos participantes não tem uma visão sistêmica de todas as fases do perioperatório. Na segunda categoria, apresentaram-se situações de segurança e insegurança no cotidiano da assistência cirúrgica e como as pequenas ações resultam em grandes incidentes cirúrgicos. Emergiram quatro dimensões mínimas, imprescindíveis, inter e co-dependentes para a segurança da assistência cirúrgica: condição estrutural, processos de trabalho, características do paciente e atitudes profissionais. As cirurgias de urgência e emergência foram consideradas os procedimentos mais inseguros, devido ao fato da demanda ser imprevisível e por exigir tomada de decisão e ações rápidas. Observou-se uma cultura ainda não solidificada para tratar os erros e incidentes. O preenchimento do *checklist* no hospital estudado se mostrou como um processo mecânico que, como tal, não tem conseguido ser barreira para os incidentes. Foi implantado por um pequeno grupo de profissionais, não sendo amplamente divulgado e não houve sensibilização para o envolvimento e a adesão ao *checklist*. O preenchimento de forma coletiva e a sua valorização pelos profissionais que atuam direta e indiretamente em sala operatória é um desafio. Para tanto, dentre outras ações, deve-se formular e executar estratégias de envolvimento de um número maior de profissionais da rede intra-hospitalar, considerar a aplicação do *checklist* em um contexto complexo que é a sala operatória e desmistificar a simplicidade do uso do *checklist*, uma vez que isso interfere na efetividade de sua utilização.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Centro Cirúrgico Hospitalar; Lista de Checagem.

## ABSTRACT

RIBEIRO, H. C. T. C. **Safety of perioperative care:** integration of a complex intra-hospital network. 223 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

The safety of perioperative care is promoted both by non-human factors (such as checklist, materials and equipment) and the practice of various human actors in-hospital network. This study aimed to analyze the safety of perioperative care in the view of professionals who work directly and indirectly in the anesthetic-surgical procedure, focusing on the connection of the different actors of intra-network hospital. This is a case of qualitative study involving 32 professionals working in the operating room and in medical clinics or supporting the anesthetic-surgical act. Data collection was conducted through interviews with semi-structured script and observation. Data were analyzed using the technique of Thematic Content Analysis. The results of the research were grouped into three categories: "intra-hospital network for the surgery in a public reference hospital for emergency care and education"; "Security Situations and insecurity in surgical procedures"; and "Surgical safety checklist: the apparent simplicity of the real complexity" In the first category there was a mystification of the Surgical Center by professionals working internally and externally to this sector. In-hospital network was considered vital, but is fragmented and most of the participants do not have a systemic view of all phases of the perioperative period. In the second category, presented to security and insecurity situations in everyday surgical care and how small actions result in major surgical incidents. Emerged four minimum dimensions, indispensable, inter and co-dependent for the safety of surgical care: structural condition, work processes, patient characteristics and professional attitudes. Urgent and emergency surgeries were considered the most unsafe procedures due to the fact that demand is unpredictable and require decision making and quick actions. It was observed a culture still unsolidified to handle errors and accidents. The completion of the checklist in the studied hospital showed as a mechanical process, which as such has not been able to be barrier to the incidents. Was established by a small group of professionals, not being widely reported and there was no awareness of the involvement and adherence to the checklist. Filling collectively and their valuation by professionals who work directly and indirectly in the operating room is a challenge. To this end, among other actions, should develop and implement engagement strategies for a greater number of professionals in-hospital network, consider the complex environment of an operating room and demystify the simplicity of use of the checklist once that interfere in the effectiveness of its use.

**Keywords:** Patient Safety; Quality of Health Care; Surgical Center Hospital; Check list.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Representação da assistência cirúrgica segura.....	37
Figura 2	- Tetragrama ordem/desordem/integração/organização.....	70
Figura 3	- Tetragrama ligação/interação entre os setores.....	70
Figura 4	- Tetragrama dos processos de trabalho para realização da cirurgia....	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Etapas da aplicação do <i>checklist</i> de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde (OMS).....	32
Quadro 2 - Critérios para escolha dos cenários de pesquisa. Belo Horizonte, 2011.....	44
Quaro 3 - Distribuição dos leitos do hospital cenário de estudo (2015).....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material de Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DO-ONA	Diagnóstico Organizacional
EA	Eventos Adversos
ENA/EEUFMG	Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FHEMIG	Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GT-SEPAE	Grupo de Trabalho sobre Segurança do Paciente na Assistência de Enfermagem
HJXXIII/ FHEMIG	Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IAC/ONA	Instituição Acreditadora Credenciada pela ONA
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
ISC	Infecção de Sítio Cirúrgico
IAK	Índice de Aldrete e Kroulik
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NEPE	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
NGQ	Núcleo de Gestão da Qualidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAF	Perfuração por Arma de Fogo
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRO-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
QI	<i>Quality Improvement</i>
RI	Residente Iniciante
RNI	Razão de Normatização Internacional
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SBAR	Situação, <i>Background</i> , Avaliação, Recomendação
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SO	Sala Operatória
SRPA	Sala de Recuperação Pós-anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

	<b>OS PRIMEIROS TRILHOS PERCORRIDOS ATÉ O DESAFIO DESTA TESE.....</b>	18
<b>1</b>	<b>PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: CONTEXTUALIZANDO O DESAFIO PROPOSTO.....</b>	23
<b>2</b>	<b>ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA: SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA ESTE DESAFIO.....</b>	28
2.1	Incidentes na assistência cirúrgica.....	28
2.2	Segurança do paciente: breve histórico com foco na área cirúrgica.....	30
2.3	<i>Checklist</i> de cirurgia segura: resultados positivos e limitações.....	32
2.4	Segurança da assistência cirúrgica hospitalar: ampliando o olhar.....	35
<b>3</b>	<b>CAMINHO PERCORRIDO.....</b>	40
3.1	Tipo de estudo.....	40
3.2	Cenário do estudo.....	43
3.3	Participantes do estudo.....	45
3.4	Coleta de dados.....	47
3.5	Análise dos dados.....	49
3.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	51
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....</b>	53
4.1	Rede intra-hospitalar para o perioperatório em um hospital público referência para urgências e emergências e de ensino.....	53
4.1.1	<i>Centro cirúrgico de um hospital referência para urgências e emergências: que lugar é esse?</i> .....	54
4.1.2	<i>Rede intra-hospitalar: conexões para a segurança cirúrgica</i> .....	66
4.1.3	<i>Perioperatório: entrelaçamento das três fases para a cirurgia segura</i> .....	78
4.2	Situações de segurança e de insegurança nos procedimentos cirúrgicos.....	93
4.2.1	<i>Cirurgia segura e cirurgia insegura: imbricações de atores humanos e não humanos</i> .....	94

4.2.2	<i>Onda vermelha: situação de caos que salva vidas.....</i>	115
4.2.3	<i>Efeito borboleta: pequenas ações podem resultar em grandes incidentes na assistência cirúrgica?.....</i>	131
4.2.4	<i>Abordagem institucional frente aos incidentes: efeitos da cultura organizacional.....</i>	139
4.3	Lista de verificação de segurança cirúrgica: da aparente simplicidade a real complexidade.....	156
4.3.1	<i>Lista de verificação de segurança cirúrgica: da implantação aos dias atuais....</i>	157
4.3.2	<i>Melhorias no uso do checklist de cirurgia segura.....</i>	174
<b>5</b>	<b>REFLEXÕES FINAIS.....</b>	186
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	190
	<b>GLOSSÁRIO.....</b>	209
	<b>APÊNDICES.....</b>	212
	<b>ANEXOS.....</b>	216



# *A*presentação



---

---

## OS PRIMEIROS TRILHOS PERCORRIDOS ATÉ O DESAFIO DESTA TESE

A ciência é e continua a ser uma aventura. A ciência não está unicamente na capitalização das verdades adquiridas, na verificação das teorias conhecidas, mas no caráter aberto da aventura que permite, melhor dizendo, que hoje exige a contestação das suas próprias estruturas de pensamento (MORIN, 2005).

Os trilhos que me conduziram ao desafio de estudar a temática “Qualidade e Segurança do Paciente” e de realizar essa tese foram se delineando no decorrer da prática profissional. As inquietações vieram da prática assistencial em um hospital universitário e das discussões e elaboração de políticas públicas de saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Na assistência como enfermeira de pediatria e maternidade de um hospital universitário, vivenciei vários incidentes que causaram danos aos pacientes, inclusive o óbito. Essas vivências foram permeadas, algumas vezes, por silêncio e, em outras, por ruídos nos corredores da instituição. Havia uma mescla de sentimentos, como raiva do residente, mesmo consciente de seu processo de aperfeiçoando; do preceptor, por não ter conseguido intervir no incidente, além de compaixão pelos pacientes e familiares que sofreram o dano; e a sensação de impotência e desvalorização profissional. Muitas vezes, não foram considerados alguns posicionamentos por parte da equipe de enfermagem de situações que predisponha a ocorrência de incidentes, mostrando desarticulação e fragilidades na comunicação e no trabalho em equipe.

Na SES-MG, o interesse pelo tema foi desencadeado por um trabalho de campo realizado em 2006, que possibilitou constatar que não havia padronização nos procedimentos cirúrgicos, havendo variabilidade dos resultados e custo, pois dependendo do cirurgião gastava-se maior quantidade de material, não estando necessariamente ligada às necessidades do paciente. Além disso, atuei no monitoramento da gestão de vários hospitais do estado, o que possibilitou perceber a contradição entre os discursos dos gestores e os indicadores alcançados.

Neste percurso, iniciei em 2007 o curso de especialização em gestão hospitalar promovido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. No curso, as discussões com gestores de hospitais do estado, em diferentes níveis hierárquicos, eram carregadas de angústia por não terem autonomia para realizar as mudanças necessárias para melhorar a qualidade institucional.

Outra vivência que me levou à temática “Qualidade e Segurança do Paciente” foi minha atuação como avaliadora líder em duas edições do Prêmio Célio de Castro (2008 e 2009). Por meio desse Prêmio, a SES-MG avaliava, com base nos critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o grau de incorporação de práticas de gestão de segurança, de processos e de resultados dos hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (Pro-Hosp). Durante as avaliações, conheci cenários permeados por processos de trabalho fragmentados, levando a riscos e insegurança tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

Essa experiência surgiu mediante a um convite para integrar ao recém-criado Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ) em 2008. Liderado por uma empreendedora pública, o Núcleo foi composto por profissionais de diversos setores da SES-MG. Nessa época, eu estava alocada na Assessoria de Gestão Estratégica. Havia reuniões periódicas para discutir e planejar ações para estimular e capacitar profissionais dos hospitais do estado, no que se refere à melhoria contínua e avaliação da qualidade dos serviços prestados. Dado o impacto dos resultados alcançados e da necessidade de ampliar o escopo de trabalho para os demais serviços de saúde, em 2009, o NGQ se tornou uma assessoria com servidores próprios, ao qual também fui convidada a integrar-me.

Posteriormente, na ocasião da saída de pessoas da gestão que compreendiam a importância da temática “Qualidade e Segurança do Paciente”, essa assessoria foi extinta do organograma, retornando ao *status* de Núcleo. Um processo de desvalorização da temática se seguiu, passando a não ser considerada uma agenda estratégica na SES. Atuei como referência técnica, coordenando a partir de 2012 a equipe remanescente. Até dezembro de 2014, o NGQ fez parte da Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde e, em 2015, a nova gestão estadual sinalizou a intenção de dar continuidade às ações alinhadas com o Ministério da Saúde. Elaborei, a pedido da gestão, o projeto de criação do Comitê Estadual de Segurança do Paciente, com o objetivo de implantar em âmbito estadual a prevenção quaternária, por meio das diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

A SES-MG assumiu, com o Banco Mundial, a meta de viabilizar, até 2010, a realização de 80 diagnósticos organizacionais (DO-ONA), por meio do NGQ, o que foi cumprido conforme previsto. O DO-ONA consiste em uma avaliação dos sistemas de assistência, gestão e qualidade dos serviços de saúde, por meio da aplicação da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que deve ser desenvolvido por avaliadores da

---

---

Instituição Acreditaadora Credenciada pela ONA (IAC/ONA) (ONA, 2010). Em 2009, foram realizados 45 DO-ONA e tive a oportunidade de participar, como observadora, da avaliação em alguns hospitais. A experiência que obtive com as visitas para realização dos DO-ONA aliada à minha vivência no Prêmio Célio de Castro e meu interesse pela avaliação dos serviços de saúde, ampliaram meu olhar sobre as não conformidades ocorridas em hospitais do estado, ou seja, sobre aspectos que contradizem a legislação vigente e os padrões estabelecidos nacional e internacionalmente para boas práticas nos processos de trabalho.

Toda essa vivência me levou a buscar o mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o intuito de aprofundar-me nos estudos sobre a qualidade de serviços de saúde. Iniciei, assim, meu percurso acadêmico, estudando as não conformidades específicas da enfermagem em 37 hospitais Pro-Hosp avaliados em 2009. Os resultados encontrados revelaram, entre outros aspectos, que nenhum dos hospitais possuía uma política de gerenciamento dos riscos com foco na segurança do paciente. Diante disso e das discussões e participação em eventos, além do meu inconformismo em relação à forma como a mídia, os profissionais de saúde e a sociedade em geral, lidam com os profissionais envolvidos em incidentes, desenvolvi no doutorado uma pesquisa sobre a segurança do paciente. A ciência da segurança do paciente é complexa, envolve múltiplos atores para a sua concepção e é uma área desafiadora para os serviços, a gestão, o judiciário, a academia e a sociedade. Espero, com essa pesquisa, contribuir na dissipação das brumas sobre a cultura de que o profissional de saúde não erra ou não pode errar. A falibilidade é inerente ao ser humano, não sendo os profissionais da área da saúde uma exceção. Assim, é necessário discutir e construir barreiras para prevenir e mitigar a ocorrência de incidentes resultantes da assistência prestada pelos profissionais.

Em 2014, atuei no Grupo de Trabalho sobre Segurança do Paciente na Assistência de Enfermagem (GT-SEPAAE) do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG) e na tutoria do Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), duas experiências que me proporcionaram grande aprendizado.

Em outubro de 2015 iniciei minha trajetória na docência na Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Divinópolis, onde pretendo dar continuidade ao desafio de buscar compreender as nuances relacionada à qualidade e segurança da assistência à saúde, contribuindo para a formação de profissionais críticos, capazes de mudarem a atual cultura punitiva frente aos incidentes.

---

---

O presente estudo encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro se refere a esta apresentação, a qual relata a trajetória acadêmica e profissional, evidenciando os motivos que suscitaram a escolha do tema. No segundo capítulo, a introdução busca contextualizar a temática principal, elaborar o problema e as questões norteadoras da pesquisa e descrever o objetivo do estudo. O terceiro capítulo apresenta os elementos teóricos que sustentam a discussão conceitual dos principais assuntos correlacionados ao tema proposto, por meio do resgate da literatura acerca do paciente cirúrgico. O quarto capítulo considera os aspectos metodológicos utilizados para viabilizar e embasar a pesquisa. No quinto capítulo são apresentados os resultados obtidos por meio da pesquisa, englobando três categorias e suas respectivas subcategorias. No sexto e último capítulo são formuladas as principais reflexões finais acerca do estudo.



# *I*ntrodução



## 1 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO: CONTEXTUALIZANDO O DESAFIO PROPOSTO

Em situações complexas, nas quais, num mesmo espaço e tempo, não há apenas ordem, mas também desordem; não há apenas determinismos, mas também imprevistos; em situações nas quais emerge a incerteza, é preciso atitudes estratégicas dos sujeitos (MORIN; CIURANA; MOTA, 2003).

Inicialmente, pretendia-se estudar especificamente a utilização do *checklist* de cirurgia segura instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando ser este um instrumento com evidências científicas de melhoria nas práticas cirúrgicas em âmbito mundial. No entanto, focar apenas no *checklist* da OMS dentro do Centro Cirúrgico (CC) não permitiria responder algumas inquietações mais amplas sobre a segurança da assistência cirúrgica nas três fases do perioperatório, ou seja, no pré, trans e pós-operatório, abarcando as percepções dos profissionais sobre o cuidado prestado, os incidentes ocorridos e as oportunidades de melhoria na assistência desde a entrada até a alta hospitalar do paciente.

Para a promoção da segurança da assistência no perioperatório é necessário integrar tanto as estratégias de cunho objetivo, como o uso de atores não humanos – *checklist*, protocolos, materiais e equipamentos em boas condições de uso e suficientes – para a demanda, quanto a subjetividade da prática autônoma dos diversos atores humanos que compõem o corpo de profissionais da rede intra-hospitalar. O conceito de ator neste estudo segue o sentido de Latour (2012), que descreve que ator é qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, ou seja, que produz efeitos no mundo e sobre ele. É diferente do sentido sociológico tradicional, que tem um significado de ação atribuída a um humano. Para Latour, um ator é heterogêneo; ele é, antes, uma dupla articulação entre humanos e não-humanos e sua construção se faz em rede (LATOURE, 2012).

Assim, os atores humanos nesta pesquisa são todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente na cirurgia e os atores não humanos são os instrumentais, equipamentos, medicamentos e demais insumos necessários para a realização de uma cirurgia. Segundo Latour (1991), os atores não humanos recebem pouca atenção por parte dos teóricos sociais nas análises sobre as relações que organizam os indivíduos e as sociedades. Entretanto, técnicas, materiais e equipamentos – em especial na assistência cirúrgica – fazem parte do cenário e, juntamente com os atores humanos, integram uma rede na sociedade.

A trajetória da assistência cirúrgica é permeada por conexões entre os atores humanos: profissional-paciente-familiar, profissional-profissional, e destes com os atores não humanos:

---

---

profissional-equipamentos-instrumentos, profissional-conhecimento-*checklist*, paciente-sala operatória, profissional-paciente-incidentes, familiar-sala de espera-*disclosure*, dentre muitas outras. Essas conexões são o percurso que se estabelece entre um ou mais pontos ou nós, formando assim a rede intra-hospitalar, e estando presentes em todas as etapas da assistência perioperatória. Segundo Latour (2012) uma conexão ponto por ponto (nó por nó) se estabelece fisicamente e permite que seja rastreável e registrada empiricamente. Contudo, essa conexão deixa vazia boa parte daquilo que não está conectado, mas é esse mesmo vazio que é a chave para percorrer os raros condutos por onde o social circula. Além disso, uma conexão não é gratuita, exige esforço (LATOUR, 2012).

Os atores humanos que participam da assistência perioperatória atuam interna e externamente ao CC. Atuam no CC os cirurgiões de diversas especialidades, a equipe de enfermagem, os anesthesiologistas, o pessoal administrativo e da limpeza, entre outros. Todos desenvolvem atividades essenciais para uma cirurgia segura. Os profissionais de processos externos ao CC, ou seja, aqueles que atuam indiretamente na cirurgia são os profissionais que trabalham em unidades de internação e/ou ambulatorios, por serem responsáveis pelo cuidado do paciente no pré e no pós-operatório; aqueles da Central de Material e Esterilização (CME) que realizam o processamento dos instrumentais; o farmacêutico e profissional do almoxarifado que fornecem medicamentos e materiais; a equipe de transporte e/ou a enfermagem responsável por transferir pacientes do CC para outros setores e vice-versa; e o engenheiro hospitalar que realiza a manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos. Além desses, há os que atuam nos processos administrativos e, conseqüentemente, de forma indireta, como direção, setor de qualidade, suporte administrativo, segurança, área de compras, entre outras. Cada um dos profissionais, atuando interna ou externamente ao CC, direta ou indiretamente no atendimento ao paciente, tem sua parcela de responsabilidade para com a segurança e possui sua importância, com objetos próprios de trabalho, saberes e instrumentos específicos que, isoladamente, não resultam em uma cirurgia e muito menos em uma cirurgia segura.

Nesse sentido, atores não humanos e humanos estão imbricados na linha de cuidados cirúrgicos que perpassa a rede intra-hospitalar. Contudo, as ações são realizadas de forma fragmentada e com foco no ato cirúrgico, na execução de responsabilidade destinada ao cirurgião. Segundo Reus e Tittoni (2012), a equipe de enfermagem – e todos os profissionais – atuam em função de proporcionar ao cirurgião materiais e apoio no momento da cirurgia.

As atividades são realizadas para “entregar” ao cirurgião o “corpo” a ser trabalhado com a máxima segurança e exposição do local a ser operado (REUS; TITTONI, 2012).

Apesar das estratégias e ferramentas disseminadas pela OMS serem para uso em conjunto da equipe multiprofissional e os dados apontados pelos estudos com uso do *checklist* terem favorecido a comunicação dos profissionais (HAYNES *et al.*, 2011), a ação articulada e realizada por meio de uma comunicação efetiva entre os atores da rede intra-hospitalar nos cuidados cirúrgicos ainda é um desafio a ser alcançado. Essa ação articulada é complexa, ou seja, é algo que se tece em conjunto (*complexus*), sendo que toda ação é uma decisão, uma escolha e um desafio (MORIN, 2011) que depende da subjetividade de cada profissional em suas relações interpessoais, que tem imbricação direta nas ações do cotidiano de fazer a assistência cirúrgica. “A ação supõe a complexidade, isto é, acaso, imprevisto, iniciativa, decisão, consciência das derivas e transformações” (MORIN, 2011, p.81).

A ação de aplicação e adesão do *checklist* de cirurgia segura é complexa e, embora se mostre positiva em diversos setores, como a aviação e a engenharia (GAWANDE, 2011), há que se levar em consideração o alerta de Carneiro (2010) de que é necessário não simplificar o *checklist* de cirurgia segura com analogias de outras realidades, pois, em termos de qualidade, é bem mais difícil administrar dez medicamentos a um só doente do que corrigir uma falha no motor de um avião, assim como é muito mais complexo garantir uma comunicação eficaz entre doze pessoas presentes em uma sala operatória do CC do que entre o piloto e o copiloto em um avião. O sucesso ou insucesso do uso do *checklist* de cirurgia segura dependerá acima de tudo do envolvimento, entusiasmo e dedicação de todos os profissionais envolvidos na assistência cirúrgica, contando ainda com a colaboração dos próprios pacientes (CARNEIRO, 2010), dos profissionais que atuam indiretamente e de todo o aparato não humano disponibilizado no hospital.

A prática dos profissionais é permeada também por discursos socialmente construídos que influenciam as formas como eles se comunicam e se relacionam no cotidiano de trabalho e, conseqüentemente, influenciam o modo de assistir o paciente e a adesão ao *checklist* de cirurgia segura e as demais normatizações institucionais. Assim, foram estabelecidos os seguintes questionamentos: como se conforma as conexões dos atores na rede intra-hospitalar para uma assistência perioperatória segura na perspectiva dos diferentes profissionais? Como essa rede composta por atores humanos e não humanos influencia na segurança do paciente? Como se configura o uso do *checklist* de cirurgia segura no centro cirúrgico?

---

---

Neste sentido, essa pesquisa parte dos seguintes pressupostos: (a) há diferenças sobre as concepções da assistência perioperatória e as implicações para torná-la segura entre profissionais que atuam direta e indiretamente em sala operatória, uma vez que estão inseridos de diferentes formas na instituição e na sociedade; (b) a segurança no perioperatório é promovida por diversos fatores que vão desde a aplicação de instrumentos objetivos, como o *checklist* de cirurgia segura, até aspectos subjetivos que influenciam a interação dos profissionais que atuam direta e indiretamente no ato anestésico-cirúrgico; (c) o discurso da simplicidade no uso do *checklist* de cirurgia segura pode estar interferindo na efetividade de sua utilização na prática complexa da sala operatória.

O presente estudo se justifica pela escassez de estudos brasileiros sobre a segurança no perioperatório de forma ampla e por meio da percepção de profissionais que atuam interna e externamente no CC. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a segurança da assistência no perioperatório na visão de profissionais que atuam direta e indiretamente no ato anestésico-cirúrgico, focalizando a conexão dos diferentes atores da rede intra-hospitalar.



# *Aspectos teóricos*



---

---

## 2 ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA: SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA ESTE DESAFIO

### 2.1 Incidentes na assistência cirúrgica

O número de cirurgias tem aumentado ao longo dos anos devido a diversos fatores, como o aprimoramento e a inovação das técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento tecnológico de materiais e equipamentos, bem como a rápida transição demográfica e epidemiológica da população que, respectivamente, tem gerado aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas e, conseqüentemente, a necessidade de procedimentos cirúrgicos.

No mundo, há informações de que acontecem anualmente 234,2 milhões de procedimentos cirúrgicos extensos, ou seja, que envolvem incisão, excisão, manipulação ou suturas de tecidos e que geralmente requerem anestesia local, geral ou sedação profunda para controle da dor (WEISER *et al.*, 2008). No Brasil, foram realizadas 20.022.160 cirurgias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2008 a 2012, uma média de 4.004.432 por ano, sendo que, de 2008 para 2012, houve um aumento de 2% (431.424 cirurgias). O estado de Minas Gerais é o segundo maior da federação em número de cirurgias, com 2.164.228 nesse mesmo período e média anual de 432.846, perdendo apenas para São Paulo que, nesse período, realizou 4.563.744, com média de 912.749 cirurgias anuais (BRASIL, 2013d).

Com o aumento das cirurgias, aumentam também as oportunidades de ocorrência de incidentes. Dentre eles há os Eventos Adversos (EA) que são aqueles que resultaram em dano ao paciente, sendo que o dano é um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesões, sofrimentos, morte, incapacidades ou disfunções, podendo então ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013a; 2013b).

São vários os relatos internacionais e nacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de EA na assistência cirúrgica. Um estudo de revisão sistemática, que considerou os eventos adversos como uma lesão ou complicação não intencional causada mais pela gestão dos cuidados do que pela própria doença do paciente, revelou que um em cada dez pacientes hospitalizados sofreu EA, sendo que 41% ocorreram em sala de cirurgia (DE VRIES *et al.*, 2008).

Um estudo de revisão de 7.926 prontuários, realizado em 21 hospitais holandeses, encontrou 744 EA, sendo que, destes, 64,5% foram cirúrgicos e 40,5% considerados evitáveis. As lesões mais frequentes resultantes destes eventos foram: inflamação/infecção (39%), hemorragia/hematoma (23%), lesão por causa mecânica/física ou química (22%), e

outros comprometimentos funcionais (16%), como retenção urinária, insuficiência respiratória e renal (ZEGERS *et al.*, 2011). Colaboram no desfecho insatisfatório das cirurgias as intervenções realizadas em local errado e no paciente errado. Um em cada 50 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos da América (EUA) ocorre esse incidente, sendo 1.500 a 2.500 eventos adversos desse tipo por ano (SEIDEN; BARACH, 2006).

No Brasil, dos EA ocorridos em três hospitais do Rio de Janeiro em 2012 (MOURA; MENDES, 2012), a proporção de EA cirúrgicos evitáveis foi de 68,3% (28 de 41 eventos) e a proporção de pacientes com EA cirúrgicos evitáveis foi de 65,8% (25 de 38 pacientes). E ainda persistem cenários, como apontados por uma pesquisa realizada em Minas Gerais, em que nenhum dos 37 hospitais estudados apresentava política de gerenciamento dos riscos, e 32,43% dos hospitais não tinham um planejamento da assistência de enfermagem no perioperatório (RIBEIRO, 2011).

Ademais, os profissionais subestimam os riscos de sua prática. Em um estudo realizado com ortopedistas brasileiros, verificou-se que apenas 40,8% informaram já ter vivenciado, em algum momento de suas carreiras, cirurgias em local ou paciente errado (MOTTA FILHO *et al.*, 2013). Nesse estudo foi evidenciado que eles subestimaram os problemas relativos às suas práticas e superestimaram a satisfação dos pacientes atendidos. Em estudo realizado em hospitais do Rio de Janeiro, aproximadamente um em cada cinco pacientes com EA cirúrgico evoluiu com incapacidade permanente ou morreu. Mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexos e de baixo risco de ocorrer um EA relacionado ao cuidado (MOURA; MENDES, 2012).

Outro estudo, que objetivou avaliar a precisão de cirurgiões e anestesiológicos na previsão de perda de sangue intraoperatória, mostrou que em 30% dos pacientes que recebem uma transfusão, tanto o cirurgião como o anestesiológico subestimaram o risco de perda de sangue superior a 500 mililitros. No entanto, a equipe multiprofissional deve estar ciente de que um em cada 14 pacientes submetidos à cirurgia de médio e grande porte terá uma perda de sangue inesperada, excedendo 500 mililitros (SOLON; EGAN; MCNAMARA, 2013).

Existe a necessidade de conscientização do risco, uma vez que os EA, sendo evitáveis, oferecem a possibilidade de identificar, gerenciar e tratar os fatores que contribuem para a sua ocorrência. Entende-se por fatores contribuintes, de acordo com a OMS (2009), as circunstâncias, as ações ou as influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento de seu risco. Esses fatores podem ser externos, organizacionais, estarem relacionados ao *staff* ou a um fator individual do paciente.

Estudo de Zegers *et al.* (2011), em hospitais holandeses, evidenciou que as causas dos EA cirúrgicos foram predominantemente por fatores humanos (65,2%), como falhas no desempenho de habilidades, despreparo profissional para o procedimento específico ou aplicação inadequada de conhecimento existente e relacionado com os pacientes (35,3%), como a idade. Fatores organizacionais, como protocolos inadequados ou inexistentes, má comunicação e aspectos culturais (13,0%) e técnicos (4,0%), como problemas com materiais, equipamentos, *software*, etiquetas ou formulários, também contribuíram para os EA cirúrgicos (ZEGERS *et al.*, 2011).

Assim, fatores organizacionais e sistemas complexos – como o hospital em estudo – podem contribuir para erros e EA nos contextos cirúrgicos (MEEKER; ROTHROCK, 2011). Todo esse contexto explica a movimentação em prol da segurança do paciente cirúrgico por instituições governamentais e privadas, em âmbito nacional e internacional, conforme descrito a seguir.

## **2.2 Segurança do paciente: breve histórico com foco na área cirúrgica**

A segurança do paciente é uma das dimensões da assistência à saúde com qualidade, sendo entendida como um conjunto de medidas e políticas que visam à redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de dano desnecessário ao paciente durante a assistência à saúde (IOM 2000; BRASIL, 2013a; 2013b).

Atualmente, tem-se abordado muito essa temática, e suas implicações estão na pauta de discussões em espaços diversos, como a academia, o judiciário e serviços de saúde privados e públicos. A discussão sobre os princípios da segurança do pacientes está também na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do governo brasileiro nas instâncias nacional, estaduais e municipais. Trata-se, portanto, de uma questão discutida por diversos países, governos, profissionais de saúde e serviços.

Internacionalmente, o movimento pela Segurança do Paciente foi desencadeado pelo relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* do Instituto de Medicina (IOM) dos EUA. Esse documento revelou que, aproximadamente, cem mil pessoas morriam todos os anos nos EUA em consequência de iatrogenias (IOM, 2000). Esses dados desencadearam discussões em diversas partes do mundo e, em maio de 2002, a Resolução 55.18 da 55ª Assembleia Mundial da Saúde recomendou à Organização Mundial da Saúde (OMS) e a seus

Estados Membros uma maior atenção aos problemas relacionados com a segurança do paciente (OMS, 2009).

Em julho de 2003, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) elaborou e obrigou seus hospitais a utilizarem na assistência cirúrgica o Protocolo Universal para prevenção do lado, procedimento e paciente errado. Esse protocolo inclui três etapas: verificação pré-operatória, marcação do sítio cirúrgico e o *time out* - procedimentos que devem ser realizados antes do início da cirurgia (JCAHO, 2016), sendo a sua importância declarada pelo Colégio Americano de Cirurgiões (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2002). Esse instrumento foi o embrião do *checklist* de cirurgia segura instituído pela OMS, como será abordado na próxima seção.

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, visando estabelecer medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde por meio do comprometimento político dos países membros (OMS, 2009). A Aliança Mundial estabelece desafios globais para direcionar o trabalho para uma área de risco identificada como prioridade. O primeiro, em 2005-2006, tratou das infecções relacionadas com a assistência à saúde, envolvendo as temáticas: higienização das mãos; procedimentos clínicos e cirúrgicos seguros; segurança do sangue e de hemoderivados; administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e segurança da água, saneamento básico e manejo de resíduos. O segundo desafio, 2007-2008, com o slogan “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, focou nos fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, contemplando a prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura; desenvolvimento de equipes cirúrgicas seguras; indicadores da assistência cirúrgica; e instituiu o *checklist* de cirurgia segura para uso na sala operatória (OMS, 2009). O terceiro desafio global, e último até o momento, traz a temática do enfrentando da resistência microbiana aos antimicrobianos.

No intuito de reforçar o segundo desafio, a OMS, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI), que passou a ser seu centro colaborador para a segurança do paciente, lançou em 2010 as seis metas internacionais para segurança do paciente. Dentre essas metas, há uma específica do processo cirúrgico, que busca assegurar que as cirurgias possuam local de intervenção, procedimento e paciente corretos (CBA, 2010).

Por meio do desafio “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS, a equipe cirúrgica tem dez objetivos básicos, mas essenciais, a saber: (1) operar o paciente e o local cirúrgico certo; (2) usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos; (3) reconhecer e se preparar para perda de via aérea ou de função respiratória que ameace a vida

do paciente; (4) reconhecer e estar preparada para o risco de perdas sanguíneas; (5) evitar a indução de reação adversa ou alérgica a medicamentos de risco ao paciente já constante em seu histórico; (6) usar, de maneira sistemática, métodos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico; (7) impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas incisões cirúrgicas; (8) manter seguras e identificar as peças anatômicas originadas da cirurgia; (9) comunicar efetivamente e trocar informações para a condução segura da cirurgia; (10) estabelecer monitoramento da capacidade, volume e resultados cirúrgicos. Esse último objetivo é tanto para os hospitais quanto para o sistema de saúde como um todo (OMS, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529/2013, que tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os serviços de saúde nacionais (BRASIL, 2013a). A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36, de 25 de julho de 2013, reforça o PNSP, instituindo ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade assistencial (BRASIL, 2013b).

Dentre as ações que essas legislações estabelecem, há aquelas voltadas especificamente para a segurança cirúrgica com um protocolo específico (BRASIL, 2013c), elaborado pelo Ministério da Saúde com base no Programa e Manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” da OMS (OMS, 2009), o qual institui a utilização do *checklist* de cirurgia segura, que inclui algumas tarefas e procedimentos básicos de segurança e deve ser implementado em todas as organizações com atendimento cirúrgico.

### **2.3 Checklist de cirurgia segura: resultados positivos e limitações**

Em 14 de janeiro de 2009, foi divulgada a lista de verificação de segurança cirúrgica ou *checklist* de cirurgia segura da OMS (GAWANDE, 2011). Desde então, organizações internacionais têm apoiado a sua utilização, como *Accreditation Canada*; *American Association of Nurse Anesthetists*; *American College of Surgeons*; *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugues*; *International Federation of Perioperative Nurses*; *National Patient Safety Foundation*; além de organizações nacionais, como Escola Nacional de Saúde Pública, Proqualis/FIOCRUZ, Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Conselho de Enfermagem de São Paulo e de Minas Gerais, o Ministério de Saúde, dentre outras.

Dados de 2012 mostraram que, mundialmente, havia 1.790 instituições utilizando o *checklist*, em pelo menos uma sala cirúrgica e outras 4.132 demonstraram interesse em utilizá-

lo até o final daquele ano (WHO, 2012), sendo esses os últimos dados disponíveis. O *checklist* de cirurgia segura da OMS se concentra na comunicação e práticas seguras em cada um dos três períodos que corresponde ao fluxo normal de um procedimento anestésico-cirúrgico: I – antes da indução anestésica (*sign in*); II – antes da incisão cirúrgica da pele (*time out*); e III – antes do paciente sair da sala de cirurgia (*sign out*) (Anexo IV).

Estima-se que, para a aplicação do *checklist*, são necessários três minutos, e uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens nas três fases. Em cada uma, o condutor deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa, ou seja, esse profissional tem que ter plena autoridade, estando apto e legitimado a interromper o procedimento ou impedir o seu avanço, se julgar insatisfatório algum dos itens, mesmo considerando que essa interrupção possa trazer desgaste da equipe, se esta não tiver maturidade adequada (OMS, 2009). O Quadro 1 apresenta sumariamente as atribuições do condutor em cada uma das etapas do *checklist*.

**Quadro 1: Etapas da aplicação do *checklist* de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS).**

<b>Antes da indução anestésica</b>	<b>Antes da incisão cirúrgica (a equipe fará Pausa Cirúrgica)</b>	<b>Antes de sair da sala de cirurgia (a equipe deverá revisar em conjunto)</b>
Revisar verbalmente com o paciente, se possível, se sua identificação está correta.	Apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.	Conclusão da contagem de compressas e instrumentais.
Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.	Confirmação da cirurgia, paciente e sítio cirúrgico corretos.	Identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.
Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.	Revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões do checklist como guia.	Revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.
Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação.	Confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos.	Revisão do plano de cuidado e providências no pós-operatório e recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala.
Confirmar a conexão de monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.	Confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.	
Revisar verbalmente com o anestesiolegista, o risco de perda sanguínea, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.		

Fonte: BRASIL (2013c).

Há evidências da redução de EA com a implantação do *checklist*. O clássico estudo publicado no *New England Journal of Medicine*, realizado em oito hospitais de países com

diferentes localizações e estruturas socioeconômicas – Canadá, Estados Unidos (América do Norte), Inglaterra (Europa), Jordânia (Oriente Médio), Tanzânia (África), Índia e Filipinas (Ásia) e Nova Zelândia (Oceania) – constatou que a taxa de complicações maiores caiu de 11% para 7% e a mortalidade perioperatória em cirurgia de grande porte, de 1,5 a 0,8% (13) (HAYNES *et al.*, 2009). Em cirurgias de urgência não cardiológicas, um estudo realizado também nesses oito hospitais, evidenciou a redução nas taxas de complicação de 18,4% para 11,7%; e nas taxas de mortalidade de 3,7% para 1,4% (14) com o uso do *checklist* (HAYNES *et al.*, 2009). Na Colômbia, estudo realizado em um hospital geral apontou redução de eventos adversos de 7,26% para 3,29% após a implementação da lista de verificação (COLLAZOS *et al.*, 2013). Em um estudo realizado em sete países, 84% dos participantes da pesquisa relataram que a comunicação na sala cirúrgica melhorou (HAYNES *et al.*, 2011).

No Brasil, o uso do *checklist* ainda é pouco difundido, e há escassez de estudos que mostrem métodos de trabalho no processo de implantação, adesão ao instrumento e sua eficácia em relação aos EA. Estudo recente, realizado em dois hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, sugere que a baixa adesão ao *checklist* possivelmente tem reflexos sobre a ocorrência de EA, como, por exemplo, maior permanência do paciente no hospital, risco de reinternação, necessidade de cuidados intensivos, mortalidade e outros (FREITAS *et al.*, 2014). Os autores concluem, após analisar a implantação e uso do instrumento, que os hospitais precisam melhorar a adesão ao *checklist* de cirurgia segura com uma implantação mais estruturada, visando assegurar a sua utilização adequada (FREITAS *et al.*, 2014).

Estudos têm identificado que, mesmo em hospitais que implementaram o *checklist*, muitos itens são negligenciados, principalmente aqueles relacionados à comunicação (RYDENFÄLT, 2013). O item de menor adesão, em estudo realizado na Colômbia, foi a apresentação completa dos membros da equipe cirúrgica, incluindo as suas funções (COLLAZOS *et al.*, 2013). Resultado semelhante foi encontrado em um hospital universitário da França, onde a dificuldade também foi compartilhar informações verbalmente antes da incisão (RATEAU, 2011). Também no Brasil, um estudo mostrou que, nos procedimentos observados, não houve apresentação da equipe (MAZIERO *et al.*, 2015).

Há ainda resistência por parte dos profissionais, sendo que a adesão do líder da equipe ao uso do *checklist* é extremamente importante (MÜLLER, 2012). Uma análise qualitativa de um estudo em cinco hospitais do estado de Washington, com líderes de implementação do *checklist* e cirurgiões, em 2009, sugere que sua eficácia depende da capacidade dos líderes na implementação para explicar de forma convincente a necessidade do uso da lista de

verificação. Esforços coordenados para explicar a implementação do *checklist* e a educação para seu uso, resultaram em adesão e uso completo da lista de verificação (CONLEY, 2011).

Por outro lado, alguns estudos vêm trazendo limitações do *checklist*. Segundo Anderson *et al.* (2012), os resultados de sua pesquisa mostraram que, apesar da lista de verificação ser um importante lembrete, não é por si só garantia de segurança. Para os autores, é a forma de agir dos profissionais em resposta a erros ou lapsos que é realmente importante. Além disso, para o *checklist* ter sucesso, como um mecanismo para transformar o cuidado baseado em evidências e protocolo de segurança para a melhor prática, ele precisa ser usado de forma consistente e duradoura. E, ainda, para conseguir isso, os hospitais necessitam promover um ambiente de apoio com uma política de segurança em toda a organização e uma abordagem sistemática, por meio de monitoramento e gerenciamento da cultura que abranja efetivamente a prática do *checklist* (ROBBINS, 2011; SCHLACK; BOERMEESTER, 2010).

Outros estudos trazem também que o *checklist* instituído isoladamente não consegue garantir a segurança cirúrgica, sendo necessários outros instrumentos (TRIMMEL *et al.*, 2013). A *Patient Safety First Campaign* da *National Patient Safety Agency* e estudiosos têm defendido a adição de outras estratégias, como as sessões breves de esclarecimento com a equipe no início (*briefing*) e no final (*debriefing*), como chave para o sucesso na mudança cultural necessária (NPSA, 2013a; 2013b; SCHLACK; BOERMEESTER, 2010).

Entretanto, mesmo adicionando o *briefing* e o *debriefing* ao *checklist* de cirurgia segura da OMS, levando em conta que só o primeiro já é de difícil adesão por parte dos profissionais, o período perioperatório não é atendido como um todo (pré, trans e pós-operatório), sendo que a segurança cirúrgica envolve também ações no pré e no pós-operatório fora do CC, tanto relacionadas ao paciente quanto aos instrumentais e equipamentos.

#### **2.4 Segurança da assistência cirúrgica hospitalar: ampliando o olhar**

A segurança cirúrgica é uma importante preocupação de saúde pública global (WEISER *et al.*, 2008; BRASIL, 2013c), sendo necessário investir na busca de melhorias que resulte progressivamente em eventos evitáveis (OMS, 2009). A OMS reconhece que, em se tratando de cirurgia, não há uma única solução que transformaria a segurança (OMS, 2009), ou seja, a aplicação de um instrumento, mesmo que abrangente como o *checklist* de cirurgia segura da OMS, não consegue sozinho resolver os problemas da assistência cirúrgica.

O *checklist* de cirurgia segura tem sido muito comparado aos *checklists* utilizados na aviação e outros setores considerados ultra seguros, mas, segundo Wachter (2013), há uma década, o entusiasmo com a segurança do paciente foi acompanhado por uma esperança de encontrar soluções simples para os erros. Acreditava-se que, simplesmente ao adotar algumas técnicas extraídas da aviação e outras indústrias “seguras”, a construção de fortes sistemas de tecnologia da informação e melhoria da cultura de segurança, os pacientes imediatamente teriam mais segurança em hospitais e clínicas em todos os lugares (WACHTER, 2013).

No entanto, a ingenuidade desse ponto de vista ajudou a perceber que a segurança dos pacientes, além de requerer esforços para melhorar as práticas, a formação dos profissionais, as tecnologias da informação e a cultura, exige que líderes forneçam recursos e liderança, promovendo, simultaneamente, engajamento e inovação por parte dos profissionais. Isto depende de uma política que crie incentivos adequados para a segurança, evitando uma atmosfera excessivamente rígida e prescritiva que poderia minar o entusiasmo e a criatividade dos prestadores de serviços (WACHTER, 2013).

Nesse sentido, a segurança requer uma execução confiável de múltiplas etapas necessárias à assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de saúde, trabalhando em conjunto para o benefício do paciente (OMS, 2009). A competência individual dos profissionais não é suficiente para garantir a segurança do paciente. A equipe deve compreender e contribuir para o aperfeiçoamento dos sistemas em que desenvolvem seu trabalho, contribuindo para um desempenho eficaz da equipe e desenvolvendo o poder de reconhecimento e resposta a questões de segurança do paciente (MEEKER; ROTHROCK, 2011).

Para tanto, são necessárias políticas e procedimentos além de um cenário no qual todas as atividades da equipe cirúrgica (profissionais que atuam diretamente) e profissionais auxiliares (com atuação indireta) se encaixem, resultando em um curso de ação eficiente para o benefício do paciente. Essas políticas e procedimentos devem ser o padrão de cuidados institucional e fazerem parte de uma abordagem sistematizada, envolvendo uma sequência de eventos: a avaliação pré-operatória dos pacientes, o procedimento cirúrgico propriamente dito e os cuidados pós-operatórios apropriados (OMS, 2009; MEEKER; ROTHROCK, 2011).

O período perioperatório compreende as fases pré-operatória (mediata e imediata), transoperatória e pós-operatória (imediata e mediata) (MORAES; CARVALHO, 2007), que devem estar conectadas para oferecer uma assistência cirúrgica sistematizada e segura. Na fase pré-operatória, dentre outras ações, é importante ressaltar a obtenção do consentimento

informado, a adequada identificação do paciente, do sítio cirúrgico e do procedimento que será realizado, a verificação do equipamento anestésico e da disponibilidade dos medicamentos de emergência e a preparação adequada para eventos transoperatórios, sendo todas etapas suscetíveis à intervenção (OMS, 2009).

Durante o transoperatório, devem ser assegurados diversos aspectos, como o uso adequado de antibióticos, disponibilidade de exames por imagem, monitorização apropriada do paciente, trabalho em equipe de forma integrada, exposição de pareceres cirúrgicos e anestésicos fidedignos, técnica cirúrgica realizada de forma cautelosa e a boa comunicação entre cirurgiões, anesthesiologistas e a equipe de enfermagem, uma vez que são todos necessários para assegurar um bom resultado (OMS, 2009).

Após o ato anestésico-cirúrgico, é necessário o planejamento da assistência pós-operatória, a compreensão dos eventos ocorridos no transoperatório e um comprometimento com a monitorização do paciente, aspectos que podem melhorar a assistência cirúrgica, promovendo a segurança e alcançando melhores resultados (OMS, 2009).

Nessas três fases, e com mais ênfase na fase transoperatória, a dinâmica do cuidado é voltada à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, com foco no órgão físico, visando à recuperação do paciente. Aspectos do cuidar, que são da ordem da subjetividade, têm importância secundária neste cenário (SILVA; ALVIM, 2010). No entanto, a subjetividade dos profissionais com atuação direta em sala operatória ou indireta nos diversos setores de apoio é importante para a análise da segurança cirúrgica.

A produção subjetiva é assinalada por constantes desconstruções e construções de territórios existenciais. Isso acontece segundo critérios que são determinados pelo saber, mas também essencialmente acompanhados da dimensão sensível de percepção da vida e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção de determinada realidade social. O desejo, como núcleo propulsor dessa produção social, dá forma à subjetividade como expressão de singularidades. Isto é, um modo singular de perceber e atuar no mundo em um determinado tempo e espaço, podendo modificar-se o tempo todo. Além disso, um mesmo sujeito pode expressar várias singularidades, dependendo do tempo-espaço em que está vivenciando e dos fatores que estimulam o afeto interpessoal aos quais está exposto (FRANCO; MERHY, 2014).

Esse sujeito insere-se na micropolítica do cotidiano de trabalho, entendida como um cenário de disputa de distintas forças instituintes, desde forças nos modos de produção até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do

conhecimento que os “homens em ação” constituem (MERHY, 2007). As relações micropolíticas podem ser tanto profissional-usuário, quanto profissional-profissional. Além dessa interseção humano-humano, o que é não humano tem elevada importância na assistência cirúrgica. A categoria médica tem sob seu comando a maior parte dos agentes não humanos de tecnologias duras como o bisturi e o eletrocautério, enquanto os demais profissionais ficam com a responsabilidade de repassar esses instrumentos ao cirurgião, o que constrói uma hierarquia entre as profissões.

As relações assimétricas de poder entre os profissionais dificultam a colaboração entre os vários trabalhadores, que dificilmente é respeitada no modelo de atenção à saúde voltada para o procedimento, e que valoriza, sobremaneira, o ato médico (MALTA; MERHY, 2010). É necessário, então, para garantir o desenvolvimento contínuo e a motivação dos profissionais, promover o envolvimento e a gestão participativa dos serviços, a atuação dos usuários e suas famílias no planejamento e avaliação da assistência, assim como o trabalho em equipe e a educação no trabalho (MATOS; PIRES, 2006).

Assim, entende-se que a assistência cirúrgica segura envolve múltiplas ações desenvolvidas por atores humanos e não humanos que compõe a rede intra-hospitalar e se inserem em um contexto com dimensões objetivas e subjetivas, desde o pré-operatório, perpassando o transoperatório até o pós-operatório, conforme mostrado na Figura 1 a seguir.

**Figura 1: Representação da assistência cirúrgica segura.**



Fonte: Elaborado pela autora.



*P*aminho percorrido



### 3 CAMINHO PERCORRIDO

O método como caminho, ensaio gerativo e estratégia ‘para’ e ‘do’ pensamento. O método como atividade pensante do sujeito vivente, não-abstrato. Um sujeito capaz de aprender, inventar e criar ‘em’ e ‘durante’ o seu caminho (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003 p.18).

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Optou-se por esta modalidade por entender que, diante da natureza complexa do objeto de estudo, qual seja, a assistência segura no perioperatório, os objetivos propostos somente seriam atingidos por meio de um método que permitisse uma análise intensiva do contexto do fenômeno para compreender sua multidimensionalidade, configurada pela singularidade dos diversos atores envolvidos.

Nessa perspectiva, utilizou-se o estudo de caso por se tratar de um delineamento de pesquisa que permite analisar em profundidade o grupo, a organização ou o fenômeno, considerando suas múltiplas dimensões (GIL, 2009); e a abordagem qualitativa por estar relacionada aos significados atribuídos pelas pessoas aos fenômenos, a partir de suas experiências do mundo social e de como compreendem este mundo, buscando interpretar as situações em seus ambientes naturais, em vez de ambientes artificiais ou experimentais, oferecendo, assim, subsídios pertinentes aos pesquisadores que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde (POPE; MAYS, 2009).

A utilização da abordagem qualitativa neste estudo justifica-se por considerar que as dimensões que promovem a segurança cirúrgica estão presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais que compõem os pontos de atenção da rede intra-hospitalar e ultrapassam a objetividade da aplicação de instrumentos como o *checklist* de cirurgia segura recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É necessária uma abordagem que apreenda a subjetividade que permeia o contexto das relações interprofissionais para, inclusive, aplicar o *checklist* ou outra ferramenta para a melhoria da qualidade e verificar como esses profissionais percebem o fenômeno da segurança cirúrgica.

A abordagem qualitativa permite uma aproximação da realidade, incorporando a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais (MINAYO, 2014). Possibilita também a compreensão de fenômenos complexos, trabalhando um universo de significados, manifestações, ocorrências, motivos, fatos, eventos,

vivências, ideias, sentimentos, aspirações, crenças, valores e atitudes em busca da compreensão da realidade humana vivida socialmente (TURATO, 2005; MINAYO, 2014; TRIVIÑOS, 1987).

O método de estudo de caso, que é a modalidade de investigação escolhida para esta pesquisa, vem sendo utilizado em pesquisas, tanto em disciplinas tradicionais, como a psicologia e a antropologia, quanto nas áreas com orientação prática, como administração pública, ciência política, trabalho social, educação e enfermagem (YIN, 2015). Independente do campo que o utiliza, a necessidade da pesquisa de estudo de caso surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos e contemporâneos inseridos em contextos reais, sejam eles individuais, organizacionais, sociais, políticos ou de grupos (YIN, 2015).

São diversas as definições e autores que versam sobre estudo de caso na literatura. Robert K. Yin tem se destacado, sendo considerado um dos mais célebres autores no campo de estudos de caso (GIL, 2009). A definição apresentada recentemente por Yin (2015) vem sendo desenvolvida desde 1981 e reflete uma visão em duas partes dos estudos de caso. A primeira inicia-se com o escopo do estudo, e a segunda parte da definição surge devido ao fato de que o fenômeno e o contexto não são fáceis de distinguir nas situações do mundo real.

1 – O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes. 2 – A investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e análise de dados (YIN, 2015, p. 17-18).

Essa definição em duas partes – abarcando o escopo e as características desse método – mostra a abrangência do estudo de caso e como ele conserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2015), analisando as inter-relações entre as variáveis para promover o entendimento do caso o mais completo e profundo possível. Procedeu-se, nessa pesquisa, a utilização do estudo de caso descritivo, que caracteriza o fenômeno dentro de seu contexto, como um caso único, pois visa captar e reter uma perspectiva holística das circunstâncias e das condições de uma situação diária ou de um lugar comum (YIN, 2015).

Desse modo, justifica-se a utilização do método de estudo de caso nesta pesquisa, uma vez que a compreensão da percepção dos profissionais sobre a promoção de cirurgias seguras

é construída pelo cotidiano do próprio trabalho desses profissionais dentro da rede intra-hospitalar. De acordo com Pereira, Godoy e Terçariol (2009), o estudo de caso alarga a visão do fenômeno por apreender o indivíduo em sua integridade e em seu contexto. Os profissionais da pesquisa compõem um grupo que, embora em diversas funções e responsabilidades, partilha do mesmo contexto, e suas ações representam o retrato do atendimento cirúrgico real, que é complexo e permeado de eventos significativos para o entendimento da segurança dos pacientes. Nesse sentido, a estratégia de estudo de caso permite a análise da dinâmica dos processos em sua complexidade, o que estabelece sua condição específica de contribuição à construção do conhecimento (PEREIRA; GODOY; TERÇARIOL, 2009).

Ademais, a utilização do estudo de caso se mostra apropriada também por se tratar de um fenômeno muito discutido na contemporaneidade e por responder às perguntas relacionadas a como ocorre determinado fenômeno, não exigindo controle dos eventos comportamentais (YIN, 2015), o que induz também ao uso da abordagem qualitativa.

A crítica mais frequente em se utilizar estudos de caso e abordagem qualitativa refere-se a não possibilidade de generalização. A abordagem qualitativa considera as limitações metodológicas de generalização, tendo a preocupação maior com o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2014). A autora chama a atenção para o fato de não usar o método qualitativo como uma alternativa às abordagens quantitativas, mas pensá-lo no sentido do aprofundamento do caráter social, sendo que o método quantitativo o apreende de forma parcial e inacabado. Os estudos de caso, segundo Yin (2015), assim como estudos experimentais, são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos. O estudo de caso, como o experimento, não representa uma “amostragem”, e sim uma oportunidade de lançar luz empírica sobre conceitos ou princípios teóricos, sendo sua meta expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não inferir probabilidade, enumerando as frequências ocorridas (generalização estatística) (YIN, 2015).

Segundo Pereira, Godoy e Terçariol (2009), para assegurar a condição de cientificidade do estudo de caso, é essencial considerar diversos aspectos que podem constituir pontos frágeis, sendo particularmente: a seleção dos casos, a coleta e o registro de dados, sua análise e a interpretação, bem como o planejamento e o preparo do pesquisador. Assim, a elaboração de estudos de caso exige o cumprimento de cinco componentes essenciais conforme descrito por Yin (2015):

- 1) Questões do estudo de caso: o método é indicado para responder às perguntas "como" e "por que" de eventos contemporâneos onde os comportamentos não podem ser manipulados. É importante utilizar-se da literatura disponível, de forma que o pesquisador estreite seu interesse a um ou dois tópicos-chave, analise estudos-chave para identificar questões novas ou lacunas para futuras pesquisas e outros estudos que sugira ou aperfeiçoe as questões propostas pelo pesquisador (YIN, 2015).
- 2) Proposições: o estudo de caso demanda um problema que necessite de uma compreensão holística sobre um evento ou uma situação, usando a lógica indutiva que é do particular ou do específico para o geral (YIN, 2015).
- 3) Unidade(s) de análise: é aquilo que será examinado dentro do escopo do trabalho. Contribui para identificar onde procurar evidências relevantes, uma vez que é impossível estudar todos os aspectos de um fenômeno (YIN, 2015). Neste estudo, delimitou-se a seguinte unidade de análise: a segurança no perioperatório por meio da percepção de profissionais que atuam direta e indiretamente no ato anestésico-cirúrgico e a relação que estes estabelecem no cotidiano de trabalho de um hospital público, sendo este também o “caso” a ser estudado.
- 4) A lógica que une os dados às proposições: indica a vinculação dos dados às proposições, ou seja, antecipando-se os passos da análise de dados com a coleta dos dados necessários. Os dados não podem ser em demasia, a ponto de não serem utilizados na análise, e também não devem ser escassos, o que impediria a aplicação da técnica analítica (YIN, 2015). Os dados foram submetidos à análise de conteúdo.
- 5) Critérios para interpretar as constatações: em pesquisas quantitativas as estimativas estatísticas servem como critérios para interpretar os resultados. Uma alternativa para os estudos de caso que não utilizam a estatística é identificar e abordar as explicações rivais para os achados. Os resultados se tornam mais fortes, dependendo de quanto mais explicações rivais tiveram sido abordadas e rejeitadas (YIN, 2015).

### 3.2 Cenário do estudo

A escolha do hospital baseou-se nos seguintes critérios definidos: 1) estar localizado em Belo Horizonte: pela facilidade de acesso, ser hospital de referência para o estado, além de o município ser pólo da Região Ampliada de Saúde (macrorregião) Centro de Minas Gerais, exercendo uma força de atração da população de outros municípios, em razão de sua

capacidade e de seu potencial de equipamentos urbanos e fixação de recursos humanos especializados (MINAS GERAIS, 2010); (2) quantidade de cirurgias realizadas no período de 2009 a 2013, período que contemplava os últimos cinco anos, quando se deu a escolha do cenário de estudo na fase de projeto de pesquisa; (3) ser público; e (4) ter ações implementadas de cirurgia segura, conforme recomendações da OMS há pelo menos um ano. O Quadro 2, a seguir, apresenta esses critérios.

**Quadro 2: Critérios para escolha dos cenários de pesquisa. Belo Horizonte, 2013.**

Hospitais*	Cirurgias realizadas de 2008 a 2012**	Hospital público (100% SUS)***	Ações em Cirurgia Segura de acordo com a Organização Mundial da Saúde****
A	67.001	não	Não possui
B	48.422	sim	Iniciado em 2013, mas interrompido devido a problemas de recursos humanos
C	42.785	sim	Iniciada em 01/09/2010
D	38.235	sim	Não possui
E	37.155	não	Não possui
F	31.464	sim	Iniciada em 14/05/2010
G	23.602	não	Não possui
H	22.939	sim	Não possui

(\*) Não identificado para preservar o anonimato. (\*\*) Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Pesquisa realizada em outubro de 2013. (\*\*\*) Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Pesquisa realizada em outubro de 2013. (\*\*\*\*) Fonte: Informação por telefone dada pelo coordenador dos Centros Cirúrgicos dos hospitais em novembro de 2013.

O hospital C não conseguiu visualizar o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil. Foram realizados vários contatos com a instituição e com a equipe da Plataforma Brasil sem solução do problema.

O hospital F foi o cenário deste estudo e tem por característica a assistência a pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica de uma população de cerca de 1,1 milhão de habitantes no eixo norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, englobando os municípios de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas e São José da Lapa. Iniciou seu funcionamento em junho de 2006, mediante convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Desde 2008, após avaliação da Comissão de Certificadores dos Ministérios da Saúde e da Educação foi considerado um hospital de ensino. O Quadro 3 apresenta o quantitativo de leitos do hospital cenário deste estudo.

**Quadro 3: Distribuição dos leitos do hospital cenário do estudo (2015).**

<b>Descrição dos Leitos</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Especialidade Cirúrgica</b>	
Ortopedia traumatologia	35
Cirurgia geral	94
<b>Especialidade Clínica</b>	
Clínica geral	150
Neonatologia	4
<b>Complementar</b>	
UTI Adulto - Tipo II	35
UTI Neonatal - Tipo II	4
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	2
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	4
<b>Obstétrico</b>	
Obstetrícia cirúrgica	21
Obstetrícia clínica	7
<b>Pediátrico</b>	
Pediatria clínica	12
<b>Total geral</b>	<b>368</b>

Fonte: CNES (2015).

O modelo de gestão do hospital estudado é por linhas de cuidado e apoio, nas quais se pautam a organização do hospital. Dentro da linha de cuidado cirúrgico, em 2010, foi implantado o *checklist* de cirurgia segura. Neste ano também, o Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ) foi reformulado e passou a reunir profissionais de diversas áreas do hospital que discutem e realizam ações voltadas para a qualidade dos processos internos da instituição.

### 3.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa são membros da equipe multiprofissional que atuam no Centro Cirúrgico (CC) e nas unidades assistenciais e de apoio à assistência cirúrgica. A maior parte foi selecionada de forma aleatória, por meio de sorteio. No entanto, outros participantes foram intencionalmente escolhidos por exercer alguma função específica de interesse ao escopo do estudo, e ainda, alguns profissionais foram indicados pelos participantes durante as entrevistas. A escolha de diferentes categorias e locais de atuação dos profissionais decorreu do

fato de se buscar diversos ângulos para uma análise aprofundada, por meio da percepção dos profissionais que atuavam direta e indiretamente na realização do ato cirúrgico.

A questão “quantos” tem importância secundária em relação à questão “quem”, quando se trata de amostras intencionais, como na proposta deste estudo. Não é a quantidade de seus elementos o fator mais relevante, e sim a forma como se concebe a representatividade desses elementos e a qualidade das informações provenientes desses. Não houve delimitação, a priori, do número de entrevistados. A base para encerrar as entrevistas obedeceu ao critério de saturação de dados. A saturação é uma ferramenta utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho da amostra (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), quando as informações coletadas se tornam repetitivas.

Os critérios de inclusão utilizados foram: atuar no hospital por no mínimo um ano e trabalhar no CC e em unidades assistenciais e de suporte ao ato cirúrgico. Para os profissionais que ocupam cargos de chefia, foram entrevistados os que estavam em exercício independente do tempo, haja vista a rotatividade nestes cargos. O critério de exclusão foi estar de férias, licença ou se recusar a participar da pesquisa. Assim, participaram da pesquisa 32 profissionais de diferentes categorias e setores de atuação. Destes, 66,0% são do sexo feminino e 34,0% do sexo masculino. A média da idade dos entrevistados foi de 36 anos, variando de 21 e 58 anos. O tempo médio de trabalho no hospital foi de 4,6 anos, variando entre um ano e 16 anos. Entre os profissionais, 50,0% declararam ter outro vínculo empregatício.

Os participantes da pesquisa trabalham em sistema de plantões, 87,5% no diurno e 22,0% no noturno, sendo que alguns trabalham nos dois turnos e outros sem padrão de horário, como aqueles em cargo de chefia que, apesar de trabalharem mais durante o dia, relatam não ter horário fixo de trabalho. Todos foram contratados no regime celetista, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A escolaridade variou de nível médio a mestrado, sendo que 6,3% têm até o nível médio; 34,0% realizaram um curso técnico, alguns estão fazendo tecnólogo ou graduação e 59,4% têm formação superior. Destes com graduação, 21,9% realizaram residência; 28,1% alguma especialização; 18,7% mestrado. Havia um profissional com doutoramento em curso. A maior parte dos participantes da pesquisa foi de profissionais da equipe de enfermagem (46,9% de enfermeiros e técnicos de enfermagem); seguidos da categoria médica (21,9% de cirurgiões e anesthesiologistas); e, 12,6% de instrumentadores e farmacêuticos. As demais categorias representaram 19,0% do total de profissionais.

Os participantes da pesquisa foram agrupados em Grupo 1: profissionais que atuam internamente na sala operatória durante o intraoperatório e diretamente na assistência cirúrgica ao paciente; e Grupo 2: profissionais que têm um papel importante para a realização da assistência cirúrgica, mas seu *locus* de atuação não é a sala operatória do CC no intraoperatório, tendo, portanto, um papel indireto na assistência cirúrgica ao paciente.

Entre os participantes do Grupo 1, foram escolhidos por meio de sorteio: cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentadores. Intencionalmente, foi escolhido o profissional enfermeiro responsável pelo preenchimento do *checklist* de cirurgia segura e o coordenador médico da linha de cuidados cirúrgicos que também realiza cirurgias na instituição. No decorrer das entrevistas, houve indicação dos profissionais para incluir na pesquisa o médico e a enfermeira que implantaram o *checklist* na instituição. Essa recomendação foi atendida.

Os participantes do Grupo 2, foram escolhidos intencionalmente por exercerem cargos específicos em unidades assistenciais e de suporte ao ato cirúrgico: coordenador de enfermagem da linha de cuidados cirúrgicos; enfermeiro coordenador da Central de Material de Esterilização (CME); responsável pelo setor de qualidade; técnico responsável pela manutenção dos equipamentos; enfermeiro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) responsável pela área cirúrgica; responsável pelo laboratório; profissional com função de coordenação no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Aleatoriamente, foram escolhidos: secretária do CC; auxiliar de serviços gerais; técnico de enfermagem da Central de Material de Esterilização; técnico do banco de sangue; enfermeiro supervisor da unidade de internação cirúrgica; enfermeiro de especialidade da cirurgia; técnico que atua na farmácia satélite do CC e técnico de radiologia.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Estão identificadas de acordo com a sequência em que foram realizadas pela letra “E” (de entrevista), seguida da letra “d” quando diretamente envolvido no intraoperatório ao paciente, aqueles do Grupo 1 ou letra “i” quando indiretamente envolvido na assistência cirúrgica, que fazem parte do Grupo 2. Após essa sequência, o número da entrevista. Exemplos: Ei1, Ei2, Ei3, Ed4... Ed32.

### 3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 14 de maio a 17 de julho de 2014 e, para o alcance dos objetivos propostos, foi executada em duas fases que se complementaram para entender o fenômeno pesquisado:

**Primeira fase:** observação direta. A observação foi realizada pela pesquisadora e por uma acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Observou-se, no mínimo, um procedimento cirúrgico de cada especialidade, incluindo cirurgias eletivas, de urgência e de emergência. Foi realizado acompanhamento da transferência de pacientes do CC para outro setor (centro de terapia intensiva e unidade de internação cirúrgica). As observações incluíram turnos da manhã, tarde e noite, em dias úteis e em finais de semana, do dia 14 de maio a 3 de junho de 2014. Durante as observações, foi utilizado o diário de campo que, segundo Minayo (2014), deve conter informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Isto é, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, gestos e expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Além de falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes e celebrações que compõem as representações sociais que foram utilizadas para enriquecimento da análise.

**Segunda fase:** entrevistas em profundidade com os participantes da pesquisa, utilizando roteiro semiestruturado (Apêndice II), para compreender a segurança cirúrgica, por meio da perspectiva de profissionais que vivenciam o cotidiano de trabalho do hospital. Foi solicitado, ao final da entrevista, que os entrevistados narrassem uma situação em que ocorreu um incidente e como foi vivenciar a experiência e a abordagem institucional frente ao incidente. Dessa forma, pretendeu-se não incorrer nas armadilhas da coleta de dados padronizada não recomendada em estudos qualitativos. O instrumento foi aplicado para teste e adaptação, sendo adaptado após a entrevista.

As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas mediante autorização dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). Foi realizado contato prévio com os profissionais, explicando os objetivos da pesquisa, e feito o convite para participar do estudo. Para os profissionais que aceitaram, foi marcada a data e o horário. Os locais para realização das entrevistas foram os espaços do hospital, como salas operatórias vazias sem atendimento ao paciente no momento da entrevista; espaço dentro da farmácia satélite do CC; sala de reunião da diretoria e do setor de informática; e salas de aula do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPE).

### 3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados com base no referencial de Bardin (2008), empregando-se a técnica da análise de conteúdo temática, tendo em vista a análise dos “significados” pronunciados pelos entrevistados da pesquisa no que se refere à cirurgia segura. A análise de conteúdo proposta por Bardin (2008) se configura como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2008, p.44).

O aspecto individual e atual da linguagem, a prática da língua realizada por emissores identificáveis – a fala –, é o objeto da análise de conteúdo. Esta, por trabalhar com a fala e com as significações, possibilita conhecer o que está por trás das palavras e sobre as quais se debruça. Ou seja, é uma busca de outras realidades mediante as mensagens emitidas (BARDIN, 2008) e se propõe a apreender tanto uma realidade visível quanto uma invisível, que pode ser percebida apenas nas “entrelinhas” do texto (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A escolha da análise de conteúdo neste estudo pode ser elucidada pela necessidade de superar as incertezas dos pressupostos, pela necessidade de enriquecer a leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO, 2014). Em termos de aplicação prática, esse método permite:

[...] o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008, p.570).

Contudo, a variedade de conceitos e finalidades da análise de conteúdo tem tornado o método pouco claro e permitido sua utilização sem os cuidados metodológicos necessários para uma boa prática, tendendo a desenvolvê-la como uma técnica intuitiva e não sistematizada. Assim, para assegurar o valor científico é necessário que os procedimentos utilizados na análise de conteúdo atendam a algumas regras precisas (OLIVEIRA, 2008). Nesse sentido, foram

adotadas as fases da análise de conteúdo que, segundo Bardin (2008), se organizam em torno de três pólos cronológicos: primeira fase – pré-análise; segunda fase – exploração do material ou codificação; terceira fase - tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

**Primeira fase – pré-análise:** nesta fase, os materiais, entrevistas e diário de campo foram organizados no sentido de sistematizar as ideias iniciais. Foi realizada a transcrição das entrevistas e conferência das mesmas, confrontando as entrevistas transcritas à gravação do áudio das entrevistas, corrigindo palavras e pontuação. Após esse processo, foram separados em pastas os áudios, as entrevistas e os diários de campo, retirando da transcrição todo nome que pudesse identificar algum profissional da instituição. Esse material somado aos registros das observações no diário de campo constituiu o *corpus* de análise desta pesquisa. Foi feita, então, a leitura flutuante deste *corpus*, deixando-se impregnar pelos relatos. Nessa etapa também foram retomados os objetivos e pressupostos iniciais desta pesquisa.

**Segunda fase – exploração do material:** foi feita a leitura exaustiva das entrevistas e realizadas operações de codificação e categorização. A codificação foi o processo sistemático de transformar e agrupar os dados brutos dos documentos em unidades de registros (unidade de significação) e unidades de contexto (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro). Esses são os elementos que compõem a mensagem, ou seja, são palavras e/ou frases que representaram determinadas partes das falas dos entrevistados e que permitiram uma descrição das propriedades pertinentes aos conteúdos. Isso viabilizou a definição dos temas, dado que se adotou a análise temática, ou seja, cada tema foi composto por um conjunto de unidade de registro. Assim, a análise temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem a mensagem, que tiveram aderência ao objetivo analítico estudado (BARDIN, 2008).

A categorização consistiu na classificação e agrupamento dos temas em razão das características comuns para permitir a organização das mensagens. Vários são os critérios de categorização mencionados por Bardin (2008). Neste estudo, optou-se pela análise temática.

Foram seguidas quatro regras importantes relatadas por Bardin (2008), a saber: (1) os dados foram classificados homogeneamente, mantendo o cuidado de não se misturar temas aparentemente semelhantes; (2) o texto foi exaustivamente decomposto, esgotando suas informações; (3) um mesmo elemento foi classificado sempre na mesma categoria; e (4) os dados retirados das entrevistas foram alinhados ao conteúdo teórico da pesquisa e aos objetivos.

**Terceira fase – tratamentos dos resultados, inferência e interpretação:** os dados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Assim, foram realizadas inferências e interpretação dos dados de acordo com os objetivos e descobertas inesperadas e à

---

---

luz da literatura. Foram utilizados, dentre outros, alguns dos conceitos da teoria do ator-rede de Bruno Latour e do pensamento complexo de Edgar Morin devido à complementariedade entre elas para aprofundar a compreensão do fenômeno estudado a partir dos achados da pesquisa sem, no entanto, esgotar estes referenciais teóricos. As observações registradas no diário de campo também foram utilizadas nesse processo como forma de enriquecimento da análise.

Ressalta-se, ainda, que o contexto da mensagem é fundamental na análise de conteúdo, não só ele, mas o contexto exterior a este, em que condições de produção foi evocada aquela mensagem, ou seja, quem é que fala a quem e em que circunstâncias (BARDIN, 2008). Nesse sentido, requer uma pré-compreensão do ser, suas manifestações, suas interações com o contexto, e requer um olhar metucioso do investigador (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Assim, a vivência que se teve no campo de pesquisa foi importante para a aproximação com a realidade do fazer “a assistência cirúrgica” no cenário de estudo, ou seja, possibilitou interpretar as entrevistas de forma contextualizada contribuindo para a análise e evidenciando a importância da observação.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi aprovada pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (ENA/EEUFMG), pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital sob o Parecer 07/2014 (não foi anexado o documento para assegurar o anonimato do hospital) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o Parecer nº 619.723 em 16/04/2014 e CAAE 28460314.9.0000.5149 (Anexo I).

Este percurso visou assegurar procedimentos que garantam a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes. Assegurou-se que as informações não serão usadas para prejudicar as pessoas e/ou comunidades, inclusive no que tange a autoestima, prestígio e/ou aspectos econômico-financeiros. Além disso, os procedimentos não ofereceram riscos à dignidade dos participantes, viabilizando o princípio da não maleficência, conforme estabelece a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012a).



*Achados da pesquisa*



## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Neste estudo, o termo “centro cirúrgico” será utilizado de acordo com a RDC nº 50/2002, que o define como “[...] a unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata” (ANVISA, 2002, p. 119). No entanto, os profissionais se referem ao centro cirúrgico também como bloco cirúrgico e, assim, será mantido nos depoimentos. Os resultados da pesquisa foram agrupados em três categorias e suas respectivas subcategorias:

- Categoria 1 - Rede intra-hospitalar para o perioperatório em um hospital público referência para urgências e emergências e de ensino:
  - ✓ Centro cirúrgico de um hospital referência para urgências e emergências: que lugar é esse?
  - ✓ Rede intra-hospitalar: conexões para a segurança cirúrgica;
  - ✓ Perioperatório: entrelaçamento das três fases para a cirurgia segura.
- Categoria 2 - Situações de segurança e de insegurança nos procedimentos cirúrgicos:
  - ✓ Cirurgia segura e cirurgia insegura: imbricações de atores humanos e não humanos;
  - ✓ Onda Vermelha: situação de caos que salva vidas;
  - ✓ Efeito borboleta: pequenas ações podem resultar em grandes incidentes na assistência cirúrgica?;
  - ✓ Abordagem institucional frente aos incidentes: efeitos da cultura organizacional.
- Categoria 3 - Lista de verificação de segurança cirúrgica: da aparente simplicidade a real complexidade:
  - ✓ Lista de verificação de segurança cirúrgica: da implantação aos dias atuais;
  - ✓ Melhorias no uso do *checklist* de cirurgia segura.

### 4.1 Rede intra-hospitalar para o perioperatório em um hospital público referência para urgências e emergências e de ensino

O conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo externo. Todas as percepções são, ao mesmo tempo, traduções e reconstruções cerebrais com base em estímulos ou sinais captados e codificados pelos sentidos (MORIN, 2000, p.20).

Essa primeira categoria está dividida em três subcategorias: (4.1.1) centro cirúrgico de um hospital de urgências e emergências: que lugar é esse?; (4.1.2) rede intra-hospitalar:

---

---

conexões para a segurança cirúrgica; e (4.1.3) perioperatório: entrelaçamento das três fases para a cirurgia segura. Essas subcategorias tratam, respectivamente, da percepção dos profissionais participantes desta pesquisa sobre o centro cirúrgico em que atuam, de como se configura a conexão dos pontos de atenção da rede intra-hospitalar para a segurança cirúrgica e das fases do perioperatório, que correspondem ao pré, trans e pós-operatório.

Emergiu dos relatos a pluralidade de percepções e contradições, tendo em vista que os profissionais participantes da pesquisa estão em diferentes posições e locais de atuação, possuem experiências profissionais, níveis de identificação organizacional e relações de poder diferenciadas. Além disso, também possuem desejos e metas pessoais, o que confere ao ambiente de trabalho uma significação singular.

Pretendeu-se nesta categoria fornecer informações para traduzir e reconstruir a realidade da segurança da assistência cirúrgica e suas múltiplas dimensões. Assim, não foi levada em consideração a unidimensionalidade que mutila por buscar a disjunção/redução para chegar à simplificação. Considerou-a como um sistema complexo.

Nos sistemas complexos, dinâmicos, e não lineares, não há pontos de equilíbrio e em princípio parecem ser aleatórios e caóticos. Sistemas como o de saúde são constituídos por muitos atores (médicos, enfermeiros, pessoal técnico e administrativo, pacientes, pagadores, gestores) que tendem a atuar em redes profissionais e sociais, mas também por interesses próprios, diferentes e, não raro, conflitantes. Esses atores ganham cultura e experiências que mudam em função do tempo, adaptando-se em um processo de auto-organização e, talvez, o mais importante: não apresentam pontos únicos de controle, ou seja, ninguém está, de fato, no controle. Consequentemente serão sempre mais facilmente influenciáveis em seu comportamento do que movíveis por controle direto (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

#### ***4.1.1 Centro cirúrgico de um hospital de urgências e emergências: que lugar é esse?***

O hospital em que o Centro Cirúrgico (CC) está inserido constitui uma das portas de entrada hospitalar de urgência e emergência da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. A instituição atende a uma população numerosa do Vetor Norte de Belo Horizonte e de municípios vizinhos. Localiza-se em um ponto periférico do município, sendo o único hospital da região. Somado ao porte do hospital e seu perfil de demanda espontânea para a assistência de urgência e de emergência cirúrgica, traumatológica e não traumatológica, o CC

se revela de grande relevância na percepção dos entrevistados desta pesquisa, tanto dos que atuam internamente quanto dos que atuam externamente.

[...] o bloco daqui é extremamente importante por ser um hospital de urgência, porta-aberta. [...] só tem esse hospital nessa região, né? [...] A importância de atender essa população extremamente extensa (Ed26).

[somos] referência em trauma, [...] se não houvesse o bloco, o hospital não caminharia. A importância é imensurável! Principalmente em uma grande cidade como Belo Horizonte (Ed29).

O bloco cirúrgico é um setor extremamente importante, estratégico! (Ei23).

Os termos utilizados pelos entrevistados, ao se referirem à importância do CC, mostram o reconhecimento e o significado que atribuem a essa unidade cirúrgica e também ao hospital. Os profissionais mencionam o papel estratégico, dado pela localização e por ser o único hospital da região, e o papel social, por meio da assistência prestada à população de uma vasta área. A importância do CC é mencionada por autores como Gomes (2009); Souza (2011), sendo considerado o setor de maior importância ou o que atrai mais atenção pela evidência dos resultados, dramaticidade das cirurgias, importância demonstrativa e didática e, principalmente, pela ação de cura dada aos procedimentos cirúrgicos (BARRETO; BARROS, 2009). Há poucas descrições sobre a importância do CC especificamente em hospitais de referência para a assistência de urgência e de emergência.

As situações de urgência e emergência incluem casos em que o paciente necessita, muitas vezes, do acesso a procedimentos cirúrgicos imediatos, pelo risco de morte. Esse perfil do hospital faz com que o CC se torne parte importante da instituição, um local que salva vidas pelo tratamento adequado que se oferece nessas situações.

Em um hospital de pronto socorro, porta aberta, o paciente já chega direto para a cirurgia, caso de vida ou morte. Chega aqui direto para poder ser tratado de forma adequada e a gente vai salvar vidas, né? (Ed13).

[...] uma importância para o perfil dos pacientes. Tem uma clientela mais de pacientes vítimas de PAF [perfuração por arma de fogo], essas coisas. (Ei7).

A equipe multiprofissional do CC deve estar inserida no planejamento da assistência emergencial, que se inicia na estrutura, no levantamento de prioridades, na organização e preparo dos materiais e equipamentos, além da responsabilização das ações de cada um dos membros da equipe assistencial (CALIL *et al.*, 2010).

O papel estratégico pela localização do hospital e por ser o único da região e afastado da área hospitalar central, é reforçado por ser considerada uma área de alto risco social relacionada à violência urbana. O perfil dos pacientes atendidos tem como característica principal o fato de que sua maioria é vítima da violência. Apesar da legislação brasileira (BRASIL, 2001; 2002a; 2004; 2006; 2011a; 2011b; 2012b; 2013a, 2013b, 2013c) para prevenção e redução da mortalidade por causas externas (atos relacionados à violência e acidentes), a taxa de mortalidade em razão desse fenômeno aumentou 8,4% de 2001 para 2010. Em 2010, ocupou a terceira posição entre as mortes da população total e a primeira entre adolescentes e adultos jovens. As agressões e acidentes de transporte terrestre foram responsáveis por 67% dos óbitos por causas externas. A arma de fogo foi o meio utilizado em mais da metade dos óbitos. A maior proporção foi de indivíduos do sexo masculino e adultos de 20 a 39 anos (BRASIL, 2012b).

Em Minas Gerais, das 8.387 internações por traumas em 2009, 229 foram a óbito. Do total de ocorrências, 19,8% foram em pacientes entre 20 e 29 anos de idade (VIEIRA; MAFRA, 2011). Esses dados, em nível nacional e estadual, se assemelham aos dados do hospital em estudo presentes em outra pesquisa, na qual a maioria dos pacientes assistidos por trauma é jovem, do sexo masculino, que sofreram agressões físicas, acidentes com motocicleta e perfuração por arma de fogo (MARQUES; GUEDES; SIZENANDO, 2010).

Essas ocorrências são denominadas “causas externas”, e têm se apresentado como um desafio para a agenda da saúde pública. O desafio se inicia pelo fato do próprio nome parecer algo que está externo à área da saúde ou a qualquer outra área, como a social, a econômica, a educacional ou a área da segurança pública. Ou seja, as causas do problema da violência são sempre externas a uma área de responsabilidade pública, não há responsabilidade exclusiva de nenhum gestor. São situações nas quais os problemas deveriam ser equacionados intersetorialmente, mas não há o diálogo necessário, e os serviços de saúde continuam a receber cotidianamente as consequências da violência e dos acidentes, principalmente aqueles serviços que são referência para a assistência de urgências e de emergências.

Neste sentido, a função de um CC de um hospital referência para urgências e emergências é diferente da função deste setor em hospitais de atendimento cirúrgico eletivo. Os pacientes, em algum momento do processo terapêutico, podem necessitar de intervenção cirúrgica.

[...] a pessoa já entra direto para o CC, pela onda. Não tem como não ter o bloco, [...] se fosse um hospital clínico poderia não existir (Ed32).

[...] nosso paciente em algum momento passa pelo bloco. [...] chega vai ser estabilizado no bloco, ir para o andar e depois retornar para o bloco para uma intervenção mais completa. Ou chega e vai direto para o bloco. Ou sai daqui [hospital] para casa, para o ambulatório e aguarda o bloco (Ei30).

O entrevistado fala que o paciente entra direto “pela onda”, isto significa que é um paciente de emergência com risco de morte que quando se dá sua chegada ao hospital é tocada uma sirene para alertar os profissionais sobre a necessidade de intervenção rápida. Esse fluxo é chamado de “Onda Vermelha” ou simplesmente “Onda”.

A “Onda Vermelha” é um protocolo que foi criado como resultado da experiência adquirida, ao longo dos anos, pelos profissionais da urgência que atendiam vítimas de traumas graves que apresentavam alta mortalidade. O CC é um ponto de atenção necessário para a assistência da maioria desses pacientes em estado de urgência ou emergência, sejam os pacientes que vêm por demanda espontânea ou aqueles trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), polícia militar ou serviço de resgate do corpo de bombeiros. Os pacientes são atendidos primeiro no pronto socorro (PS), nas salas denominadas “Poli 9” (emergências cirúrgicas) e “Poli 10” (emergências clínicas). O paciente cirúrgico é encaminhado à sala operatória pelos profissionais do PS ou, algumas vezes, pelo profissional do transporte sanitário que o trouxe e pode ser submetido a uma cirurgia para estabilização e nova abordagem posterior ou uma cirurgia com intervenção definitiva. Além disso, o paciente pode ser atendido no PS, receber alta para acompanhamento no ambulatório e aguardar a cirurgia em casa. Além das urgências, às emergências cirúrgicas e às situações clínicas de demanda espontânea, o hospital atende também a pacientes eletivos e referenciados.

Os diferentes perfis conformam o modo de acesso ao hospital e ao CC. Isso exige atenção à organização e aos fluxos para o acesso efetivo do paciente, o que, muitas vezes, gera problemas no cotidiano de trabalho. A acessibilidade é um atributo de qualidade importante do sistema de saúde e da atenção às urgências (GARLET *et al.*, 2009). E este acesso deve ser organizado, humanizado, integral, efetivo, eficiente, oportuno e seguro.

O CC é comparado pelos entrevistados a órgãos vitais e deve estar funcionando a todo o tempo para proporcionar vida ao hospital. É comparado também às partes que são visíveis no corpo do ser humano, reforçando a visibilidade do CC. Essas comparações permitem visualizar a imagem que os profissionais têm do CC.

Como o hospital é referência em urgência e emergência em trauma, é como se fosse o coração do hospital. [...] é onde você encaminha os pacientes graves [...]. É um setor que deve estar, a todo o momento, pronto para receber qualquer tipo de trauma ou outra situação clínica cirúrgica (Ei5).

É a cabeça do hospital, é o lugar mais importante do hospital... (Ei6).

[...] nós [do CC] somos a cara aqui da frente do hospital, né? (Ed26).

O bloco é quase a menina dos olhos do hospital, é onde tem perspectiva do prognóstico e gera dinheiro no hospital, onde a gente consegue mudar a terapêutica do paciente (Ed10).

As comparações do CC com partes vitais do ser humano – “coração” e “cabeça” – e com partes que são visíveis do corpo – “cara” e “menina dos olhos” – são metáforas que emergem naturalmente nos discursos dos profissionais e reforçam a dependência e a visibilidade do CC. Sem o coração e a cabeça uma pessoa não vive, assim como o hospital de referência para urgência e emergência, sem o CC, não cumpre sua missão. O CC é um lugar onde a assistência ao paciente ocorre de forma rápida, objetiva e transitória. O foco é na solução dos problemas dos pacientes, nas técnicas cirúrgicas. O contato breve do profissional do CC com o paciente não permite a criação de vínculos e, às vezes, nem mesmo o nome do paciente é assimilado, o que contribui para diferenciar esse setor de outros do hospital.

É um setor rápido. Que resolve. A gente é muito prático [...] não tem aquele contato de ficar muito tempo com o paciente, às vezes, você não pega nem o nome direito. Lá fora, o pessoal sabe até... Tudo. Convive com o paciente (Ed31).

[...] um local onde o paciente entra para sair melhor. [...] eu vejo o bloco como um lugar objetivo pra resolver problemas. O meu interesse por essa área é pela objetividade da cirurgia, da anestesia (Ed17).

A dinâmica do CC é voltada para a objetividade das ações e é, por natureza, um trabalho técnico que visa à recuperação do paciente. A interação durante a assistência prestada pelos profissionais é limitada, sendo o afeto, o toque e o diálogo restritos. Isto acontece não no sentido de valorizar os aspectos objetivos e desmerecer os aspectos subjetivos do cuidar, mas porque, nesse setor, a atenção ao órgão físico é imperiosa (SILVA; ALVIM, 2010). A objetividade das ações do CC ao mesmo tempo em que produz a escolha de alguns profissionais pela área devido à sua característica é também produto desta escolha, sendo um lugar onde há pessoas com características mais objetiva, prática, resolutiva.

A rapidez dos processos no CC pode contribuir para a falta de observação de algumas ações importantes pelos profissionais, como a identificação correta do paciente, como apontado por um entrevistado que diz que, às vezes, não se consegue “pegar nem o nome direito” do paciente. Essa situação traduz a pouca interação e o distanciamento entre pacientes cirúrgicos e profissionais do CC que pode interferir na segurança do paciente. A falta de

interação e as falhas na identificação dos pacientes ganham maior relevância no CC, uma vez que o paciente fica acordado por um tempo curto antes da cirurgia, pois logo recebe a anestesia, ficando inconsciente. Segundo Reus (2011), a passagem do paciente pelo CC se assemelha a uma vivência ficcional, em função da anestesia, que produz um apagamento sensorial para a produção de um corpo inerte, sujeito a manipulação cirúrgica sem consciência dolorosa. Assim, a pouca interação paciente-profissional no CC pode gerar riscos, pois a falta de comunicação efetiva é uma das causas raízes de muitos incidentes.

O CC é também um lugar sofisticado em relação à tecnologia, onde o paciente fica monitorizado e sob manipulação dos profissionais. Essa condição, dentre outras, faz com que haja uma submissão do paciente ao profissional dentro do CC. Isso exprime, na percepção dos profissionais, certa tranquilidade para o trabalho realizado e o diferencia do trabalho da enfermaria, no qual somente os pacientes graves são monitorizados, repercutindo em um trabalho menos tranquilo.

[...] muito sofisticado o bloco daqui, os aparelhos são ótimos, bem melhor que os blocos cirúrgicos de um hospital Y [hospital particular] A equipe fala que é bem melhor operar aqui que operar lá (Ei27).

A gente [do CC] mantém o paciente monitorizado. Na enfermaria nem todo paciente é monitorizado, só os graves. Aqui, a gente pode ter essa observação maior, o paciente está deitado e a gente observando... É mais tranquilo (Ed11).

O parque tecnológico disponível nos hospitais emergiu como um fator que gera maior ou menor satisfação em realizar o trabalho (Ei27) e, por outro lado, determina a característica diferenciada do CC, onde todos os pacientes encontram-se monitorizados. Segundo Morin (2005), as tecnologias disponíveis criaram modos novos e sutis de manipulação. A manipulação exercida sobre as coisas implica a subjugação dos homens pelas técnicas de manipulação. Fazem-se máquinas a serviço do homem e põem-se homens a serviço das máquinas. Vê-se, então, como o homem é manipulado pela máquina e para ela, que manipula as coisas a fim de libertá-lo (MORIN, 2005). No CC, a manipulação dos equipamentos, dos instrumentos e dos medicamentos pelo profissional – principalmente pelos cirurgiões e anestesistas – implica na subjugação do paciente. Isso pode tanto beneficiar o paciente, pela oportunidade dessas tecnologias propiciarem técnicas mais sofisticadas para resolver seu processo saúde-doença, com menos dor e maior resolutividade, quanto pode prejudicá-lo, dado às implicações, por exemplo, de um cuidado mecanizado dos profissionais que, por

vezes, focam mais no aprendizado e manipulação da tecnologia disponível do que propriamente no cuidado do ser humano.

O CC é um lugar restrito, desconhecido e constantemente vigiado por seus profissionais para que “estranhos” não tenham acesso. Os participantes da pesquisa que atuam internamente no CC afirmam que profissionais externos (pessoal administrativo, por exemplo) ao setor não devem ou não teriam motivos para adentrar nesse recinto.

[...] se tem alguém que não é do setor o pessoal já fica: “uai, o quê que tá fazendo aqui?”. Então, não é um setor como o pronto socorro que entra todo mundo de outro setor. Aqui no bloco não! Aqui é bem restrito mesmo (Ed8).

[...] é um espaço restrito! Nem todo mundo pode ficar. O administrativo, a pessoa do RH não pode vir aqui, trocar de roupa e ver o que está acontecendo aqui dentro. [...] as pessoas que estão lá fora não têm noção do que se passa aqui. O clínico, não tem noção do funcionamento do bloco. Eu tenho certeza. Pode perguntar pra um (Ed32).

O CC é um setor fechado e o acesso restrito é amplamente relatado na literatura (SOUSA, 2011; STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006; BARRETO, BARROS, 2009). À primeira vista, pode parecer uma atitude que gera segurança, o que de fato está exigido na legislação (ANVISA, 2002b). Contudo, parece haver também um desejo de manter o local desconhecido pelos outros. Durante a pesquisa de campo, uma cena chamou a atenção. Uma profissional entrou no vestiário feminino para usar o banheiro. A enfermeira perguntou aos que estavam ali, se alguém a conhecia e, como ninguém confirmou, a enfermeira esperou a profissional sair para avisar que o vestiário era apenas para uso dos profissionais do CC e que era proibida a entrada de outras pessoas. A profissional se desculpou, disse que trabalhava há pouco tempo no hospital e que alguém tinha falado que ela poderia usar, mesmo atuando no pronto socorro.

O CC é dividido em três partes distintas em relação ao acesso de profissionais: (1) restrita: sala de operação propriamente dita e lavabos; (2) semirrestrita: corredores e a sala de recuperação anestésica; e (3) irrestrita: parte de vestiários e banheiros masculinos e femininos (SOUZA; GUIMARÃES, 2014). A presença da profissional do pronto socorro no banheiro do CC poderia ser aceita, por se tratar de uma área irrestrita, mas a postura da enfermeira revela que não é permitida a entrada de pessoas que não atuam no CC. A enfermeira tem esta orientação técnica e administrativa, buscando manter os banheiros do CC mais limpos e organizados que os banheiros externos. Há uma apropriação do lugar do CC pelos profissionais que atuam nesse setor, os quais mantêm este local restrito e desconhecido.

No CC, segundo os profissionais, é realizado um trabalho diferenciado. Necessita-se de um saber-fazer que nem todos detêm. A imagem dos profissionais que atuam interna e externamente ao CC também é de ser um lugar limpo. Um lugar onde nada pode ser tirado do lugar e não se pode encostar, o que causa receio nos profissionais externos.

[Centro Cirúrgico] É uma área limpa. [...] Quando tem cirurgia nada pode encostar, não pode mexer em muita coisa (Ed4).

Pessoal que trabalha na assistência não gosta do bloco, [...] eles não conseguem distinguir o quê é o contaminado e o estéril e aí eles têm medo de contaminar (Ed8).

[...] A maioria [profissionais externos ao CC] não sabe trabalhar aqui. Não é um bicho de sete cabeças, mas é um trabalho diferenciado. Não pode pegar uma pessoa sem noção de bloco pra trabalhar aqui dentro (Ed13).

O saber técnico e o saber fazer dos diferentes profissionais do CC fazem com que haja fronteiras visíveis entre quem atua interna e externamente ao CC. Situação que aumenta o poder dos que trabalham no CC. O profissional Ed8 se coloca fora da assistência, mesmo o CC tendo sido apontado como extremamente importante, vital, o coração do hospital por ser referência em urgência e emergência. Há uma identificação profissional construída que estabelece fronteiras rígidas com o exterior, prejudicando, em algumas situações, o intercâmbio com outras unidades e, conseqüentemente, a segurança cirúrgica.

O CC é uma unidade fechada que possui particularidades e rigorosas técnicas assépticas. Isso exige dos trabalhadores atenção, responsabilidade e organização, pois desempenham atividades relacionadas ao manuseio e manutenção de materiais e equipamentos específicos (SALBEGO *et al.*, 2015), conferindo a eles um saber diferenciado.

Para os entrevistados, o CC é um setor desejado pelos profissionais externos sendo considerado, segundo os profissionais que atuam internamente, como elite dentro do hospital, um lugar privilegiado, ocioso e que tem salário melhor. Um local que proporciona blindagem aos profissionais. No entanto, relatam falta de conhecimento dos profissionais que não atuam diretamente dentro da sala operatória sobre a intensidade e responsabilidade do trabalho realizado no CC, uma vez que é uma unidade fechada.

Os outros setores [...] acham que o bloco é elite! [...] que o funcionário do bloco é diferenciado, que tem salário melhor. Acredito que tem mais de cem técnicos, tentando entrar no bloco (Ed12).

O bloco é um setor onde os funcionários desejam trabalhar. [...] porque é um setor organizado; um setor que tem uma rotina definida (Ei30).

[...] eles olham como um setor privilegiado, porque não têm noção da intensidade que é o trabalho aqui. Como é um setor fechado, não conseguem ver a dimensão do trabalho e da necessidade que tem um bloco dentro de um hospital (Ed13).

[...] bloco é visto como: “Ai é o céu! Não vou trabalhar como na internação”. Todo mundo quer ir para o bloco! Por uma ilusão que estará blindada em um setor fechado. Eu passo por isso também no J [outro hospital]. Os profissionais procuram o bloco como lugar ocioso (Ed29).

O desejo de trabalhar no CC está relacionado à busca de melhores condições de trabalho e querer sair das enfermarias para trabalhar em um local melhor é legítimo, porque nas enfermarias, o trabalho é árduo, contínuo, pouco valorizado e, muitas vezes, faltam equipamentos e materiais de uso cotidiano. Por outro lado, os relatos mostram também que o CC é um lugar em que os profissionais se consideram superiores e esta posição é evidenciada nos discursos de profissionais que atuam no CC e por aqueles que atuam externamente.

[...] o mais importante no hospital é o bloco cirúrgico! [...] (Ei27).

Enxerga a gente como os chatos, os metidos do hospital! (riso) É o que passa pra gente. [...] Você chega ao refeitório o pessoal já olha assim: “Ah, é o pessoal do bloco”. Porque vê a roupa diferente. E eu não sei, eu percebo que eles têm tipo... Não é inveja, não é raiva. Uns tem até admiração: “Ah não sei como que você consegue...”. Tem curiosidade: “Como que é? Como é que vocês fazem?”. Na visão deles, somos diferentes. [...] Eu acho que nós somos diferenciados (Ed31).

A tentativa dos profissionais do CC de se diferenciarem dos profissionais que atuam em outros setores e, ao mesmo tempo, de serem considerados igualmente importantes entre os profissionais que trabalham dentro do CC, são ideias expressadas nas entrevistas e confirmadas durante a observação. Tal postura gera conflitos, rivalidade e antipatia em relação aos profissionais do CC, que se posicionam como os mais importantes do hospital e donos da verdade, isolando-se do conjunto e das comunicações essenciais para o sucesso de seu trabalho e para a segurança cirúrgica.

Os profissionais do CC têm um discurso diferenciado, desde o vestuário específico dos profissionais que difere da unidade de internação e demais setores. Conforme o relato, o vestuário assegura-lhes maior destaque que os outros, quando, por exemplo, chegam ao refeitório. Este aspecto foi mencionado por Reus e Tittoni (2012), ao observarem que, devido ao fato de todos os profissionais usarem vestimenta idêntica dentro do CC, a enfermagem se sente satisfeita com a possibilidade de poder ser confundida com os médicos, principalmente externamente ao ambiente cirúrgico. Confirma, assim, um jogo de visibilidades do imaginário dos profissionais, sustentado pela estrutura hierárquica (REUS; TITTONI, 2012).

O CC é um local considerado de maior complexidade em relação a outros setores do hospital. A complexidade mencionada se refere à rotina e aos procedimentos técnicos realizados que, segundo os profissionais, exige responsabilidade, concentração e necessidade de qualificação profissional, devido à íntima relação de vida e morte que se dá durante as cirurgias, diferente de procedimentos realizados na unidade de internação, por exemplo.

Aqui são feitas as coisas mais complexas, onde seleciona profissionais mais especializados, qualificados, não só de medicina, de enfermagem também (Ed17).

A assistência que a gente dá não é mais importante que do setor de internação, mas é mais complexa! [...] O grau de importância da cirurgia em relação à vida e morte, é maior que na assistência de um banho, de um curativo, de uma assistência social [...] a gente tem um trabalho que tem mais concentração, mais dedicação, tem que ter capacitação mais adequada do que do setor de internação (Ed13).

[...] circular sala não é a mesma coisa que ficar lá fora fazendo curativo, dando banho, o trabalho é mais forte (Ei14).

O bloco eu percebo que é o setor de maior complexidade, porque tem uma rotina que é totalmente diferente da que tem lá fora (Ed31).

Tanto os profissionais que atuam na sala operatória quanto os que não têm atuação direta relataram que as ações do CC são complexas e demonstram desmerecimento de procedimentos como banho e curativos realizados principalmente em unidades de internação e nos demais setores. No entanto, esses procedimentos, tidos como básicos, são ações importantes e pré-requisitos para o sucesso das atividades do CC. O banho, por exemplo, é uma intervenção importante no pré-operatório para prevenção de infecção de sítio cirúrgico, além de promover o bem-estar físico, psíquico e social do paciente, além de ser um momento ímpar para a realização de um exame físico e para avaliação de possível úlcera de pressão em pacientes acamados. Assim, não há um saber de importância maior que outro. Todos os saberes, empregados em técnicas específicas realizadas pelos profissionais, devem estar articulados para alcançar uma assistência cirúrgica segura.

A complexidade de um CC é abordada em diversos estudos (GOMES, 2009; SOUSA, 2011; SOUZA *et al.*, 2011; BARRETO, BARROS, 2009; VALIDO, 2011; LIMA; SOUSA; CUNHA, 2013) que discutem as características singulares do ambiente. O significado de “complexidade”, segundo Morin (2011), tem uma pesada carga semântica que expressa confusão, incerteza e desordem. Complexo, segundo Ferreira (1988), é um conjunto de coisas ligadas por uma lógica comum; é um conjunto de edifícios coordenados para facilitar alguma atividade, é aquilo que encerra várias coisas ou ideias; é algo que não é simples e sim

complicado; que tem complemento. Segundo Edgar Morin, estudioso do pensamento complexo, “[...] é complexo o que não pode se resumir numa palavra-chave, o que não pode ser reduzido a uma lei, nem a uma ideia simples. [...]” (MORIN, 2011, p.5). Etimologicamente, a palavra “complexidade” é de origem latina, provém de *complectere*, cuja raiz *plectere* significa trançar, enlaçar. Remete ao trabalho da fabricação de cestas que consiste em entrelaçar um círculo, unindo o princípio com o final de pequenos ramos. A presença do prefixo “com” dá o sentido da dualidade de dois elementos opostos que se enlaçam intimamente, mas sem anular sua dualidade. A palavra *complectere* é utilizada tanto para mencionar o combate entre dois guerreiros, como o abraço apertado de dois amantes (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003).

[...] complexidade é um tecido de elementos heterogêneos inseparavelmente associados, que apresentam a relação paradoxal entre o uno e o múltiplo. A complexidade é efetivamente a rede de eventos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomênico. A complexidade apresenta-se, assim, sob o aspecto perturbador da perplexidade, da desordem, da ambiguidade, da incerteza, ou seja, de tudo aquilo que se encontra do emaranhado, inextricável (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 44).

O autor resume que “[...] a complexidade é uma palavra-problema e não uma palavra-solução” (MORIN, 2011, p. 6), demonstrando os desafios das reflexões sob esta lente. A complexidade do CC é visualizada também pela demanda que tem um caráter de não ser programada e, portanto, inesperada, imprevisível. O imprevisto está dentro do pensamento complexo de Morin (2011).

[...] na enfermaria é muito automático, robótico. Vou chegar, dar o banho no paciente, oito horas tem medicação, dez horas... E vai ser todo dia a mesma rotina. Aqui [CC] você pega plantão e não sabe o que quê vai acontecer [...] a experiência aqui é muito maior em todos os sentidos. Você vê e aprende mais coisas [...] (Ed11).

Realmente existe um tempo mais tranquilo, mas quando vem a demanda, ela é meio inesperada durante a noite. [...] durante o dia tem as cirurgias programadas (Ed29).

Nos relatos, há um embate entre ordem e desordem no CC e, na enfermaria, foi mencionada somente a ordem. No CC não se sabe o que acontecerá (desordem) e há um “tempo mais tranquilo” (ordem), mas, quando o paciente chega, ele vem com uma demanda que é inesperada, desconhecida (desordem). Na enfermaria há um “cronograma”, uma rotina diária vista pelos profissionais como “automático”, “robótico” (ordem). Não foi mencionada a

desordem na enfermaria, mas ela existe, sendo representada, por exemplo, pelas complicações e incidentes que ocorrem com os pacientes, os quais, por vezes, também não são previsíveis.

Segundo Morin (2011), em tudo há uma mistura constante de ordem, desordem e organização. Não se pode eliminar o acaso, o incerto, a desordem. Temos que viver e lidar com a desordem. A ordem “[...] é tudo o que é repetição, constância, invariância, tudo o que pode ser posto sob a égide de uma relação altamente provável, enquadrado sob a dependência de uma lei” (MORIN, 2011, p. 89). Já a desordem, “[...] é tudo o que é irregularidade, desvios com relação a uma estrutura dada, acaso, imprevisibilidade” (MORIN, 2011, p. 89).

Assim, o autor diz que, se houvesse uma ordem pura, não haveria inovação, criação e evolução (MORIN, 2011). Nesse caso, a imprevisibilidade da demanda do CC promove, segundo o entrevistado, uma experiência “muito maior, em todos os sentidos”, trazendo aprendizado e habilidade para agir, dependendo da situação. Do mesmo modo, na pura desordem, segundo Morin (2011), não seria possível nenhuma organização se sustentar, pois não haveria nenhum elemento de estabilidade para se instituir uma organização. Tal afirmação se relaciona com o relato de que existe sim um tempo “tranquilo” no CC, o que possibilita a organização do setor, e é como se fosse uma recompensa pelo estresse da demanda inesperada. Nesta perspectiva, a ordem, a desordem e a organização existem em todos os setores de um hospital, o que faz com que seja uma das organizações mais complexas da sociedade.

Apesar dos depoimentos de que o CC é o setor mais importante, o centro ou o núcleo dos acontecimentos, há também outras perspectivas do CC como uma das partes requeridas para um atendimento de urgência e emergência e como um elo entre setores do hospital.

[...] o bloco é o centro e ao redor vai, circulando tudo em redor dele (Ei2).

[...] como se fosse um núcleo que faz tudo acontecer! [...] se ele [paciente] vai melhorar, se precisar de um procedimento, geralmente aqui que ele vai fazer. [...] É difícil explicar essas coisas, em palavras (Ed11).

Se não tiver a urgência [pronto atendimento], o bloco e o CTI, o hospital não anda. De jeito nenhum! [...] (Ei15).

O bloco [...] faz esse elo com o pronto socorro, com as alas (Ei25).

A unidade de CC está inserida em um conjunto mais amplo de serviços, ou seja, é complexa por ser composta por várias partes que se relacionam para além de um *layout* arquitetônico, equipamentos e aparelhos sofisticados. O relacionamento dessas partes é essencial, tendo em vista que seu funcionamento somente ocorre de forma adequada quando

os critérios dessas relações estiverem bem definidos e integrados (VALIDO, 2011; GOMES, 2009). Assim, não é somente o CC que faz todo o cuidado cirúrgico. São necessários diversos setores. É impossível conceber a unidade de CC pelo pensamento disjuntivo, que concebe as coisas fora do contexto global em que está imerso. Não é possível conceber o CC por meio de um pensamento redutor que restringe a unidade a um substrato meramente estrutural-processual. É necessário conceber o CC por meio do pensamento complexo.

Enfim, percebeu-se que o CC, inserido no contexto de um hospital público referência para urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, é complexo por abarcar o conjunto das visões e significados mencionados pelos profissionais e de outras possibilidades que não foram contempladas. Essas percepções fazem parte da cultura organizacional, que segundo Morin (2003a) é um fenômeno social que se desenvolve pelas interações entre os indivíduos que produzem a organização e essa organização retroage sobre os indivíduos e os produz, enquanto indivíduos dotados dessa cultura. Segundo o autor, isso faz do ser humano tanto um produtor quanto um produto (MORIN, 2003a). A interação dos profissionais produz o CC e a concepção organizacional do que é esse lugar, isso retroage sobre os próprios profissionais e os faz desejar esse local para trabalhar.

O CC é um lugar desejado pelos trabalhadores que já atuam nesse lugar e pelos que atuam externamente, por ser diferente de outros setores. Não por realizarem ações mais difíceis ou pela ilusão da ociosidade, mas por serem ações específicas que demandam um tempo de aprendizado para fazer da melhor forma e com um tempo de resposta suficiente para os momentos de situações imprevistas, como o quadro de um paciente de emergência. Percebe-se que estas características e a dinâmica do trabalho no CC conferem aos profissionais uma valoração especial, tanto por eles mesmos, quanto pelos profissionais que atuam nos demais setores.

#### ***4.1.2 Rede intra-hospitalar: conexões para a segurança cirúrgica***

O que conta é a possibilidade, para o pesquisador, de registrar a forma 'em rede' sempre que possível, em vez de dividir os dados em duas porções: uma local e outra global. [...] Afinal, nenhum lugar predomina o bastante para ser global, nem é suficientemente autônomo para ser local (LATOURETTE, 2012, p.257).

O modelo de gestão do hospital em que está inserido o CC foi concebido para proporcionar uma assistência multiprofissional focada no paciente, por meio de linhas de cuidado e apoio.

Quando criou a Linha de Cuidado estava previsto um modelo mais paciente centrado, menos médico centrado. Já era previsto que as equipes atuassem de forma multidisciplinar. [...] as profissões não tem dificuldade de discutir os casos. Muitos médicos pedem a presença do profissional multi, mas isso ainda não é uma coisa bem estabelecida. A gente tem dificuldades [...]. Mas nada igual esses modelos tradicionais que se vê em outros hospitais (Ei23).

O modelo de gestão por linhas de cuidado é uma estratégia de articular os recursos e práticas de produção de saúde. Essa articulação, para ser conduzida de forma oportuna, ágil e singular, deve ser guiada por diretrizes clínicas entre os serviços, ou entre as unidades de um mesmo serviço, no sentido de responder às necessidades epidemiológicas. Objetiva a continuidade assistencial por meio da pactuação e da conectividade de funções de diferentes pontos de atenção e profissionais. Implica em uma resposta global dos profissionais, e serviços/setores, superando as respostas fragmentadas (BRASIL, 2010), comum no modelo tradicional médico centrado, que foca a doença em detrimento do cuidado multidisciplinar.

A necessidade de cirurgia para um paciente desencadeia um conjunto de ações não somente no CC, mas em vários pontos de atenção no hospital, mobilizando diversos recursos e profissionais em diferentes momentos e lugares.

Quando é agendada uma cirurgia, é direcionado no bloco todo um processo de liberação de material, de sala, médico, profissional da enfermagem. Tem toda uma logística de vários setores de apoio que estão relacionados (Ei5).

A secretária do bloco faz uma impressão de todos os pacientes que vão fazer cirurgias no dia seguinte e distribui essa lista pra todos os setores envolvidos (Ed10).

No caso da cirurgia de emergência e de urgência, não está programada no mapa. O plantonista do pronto socorro ou do andar comunicam e gera o aviso (Ed10).

Exista uma rede. É a rotina, [paciente] vai para lá, de lá vem para o bloco, tem essa ligação. Daqui vai ou para o CTI ou para o andar, [...] (Ed8).

Essa rede é vital para o funcionamento do hospital [...] (Ed13).

A rede intra-hospitalar, por meio do trabalho coletivo dos atores humanos (profissionais da linha de cuidado cirúrgico) em constante conexão com os atores não humanos (lista de pacientes cirúrgicos agendados, mapa e aviso cirúrgico, materiais, medicamentos, instrumentais, equipamentos, sala operatória), possibilita a intervenção cirúrgica. Essa rede foi considerada vital para o funcionamento do hospital, expressa pela conexão intersetorial e interprofissional colocada em prática, por meio da rotina de organização da logística, para receber e encaminhar pacientes cirúrgicos de um setor ao outro e, também, para prever, promover e fornecer os atores não humanos para o procedimento a ser

realizado. O hospital é como uma “estação” no circuito que o paciente percorre na rede para obter a integralidade do cuidado de saúde que necessita (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007) e o CC é um ponto de atenção no hospital. Há três formas de entrada do paciente no CC: (1) casos eletivos: agendamento, solicitado pelo médico ou residente nos dias específicos pré-determinados; (2) casos de urgência: solicitação de emissão de aviso cirúrgico a qualquer momento que se fizer a avaliação da necessidade do paciente; e (3) casos de emergência: entrada imediata sem agendamento ou emissão de aviso cirúrgico.

Segundo Moraes (2013), “rede”, na teoria ator-rede, refere-se a fluxos, circulações, alianças, movimentos. Essa rede de atores não se reduz a um único ator nem a uma única rede; ela se compõe de elementos heterogêneos animados e inanimados, conectados e agenciados. Assim, uma organização consiste no “[...] encadeamento de relações entre componentes ou indivíduos que produz uma unidade complexa ou sistema, dotada de qualidades desconhecidas quanto aos componentes ou indivíduos” (MORIN, 2003b, p. 133).

Para Latour (2012, p. 192) “[...] rede é conceito e não coisa. É uma ferramenta que nos ajuda a descrever algo, não algo que esteja sendo descrito”. A rede não é o que está representado no texto, mas aquilo que prepara o texto para substituir os atores como mediadores. Não é feita de fios de *nylon*, palavras ou substâncias duráveis, ela é o traço deixado por um ator em movimento (LATOUR, 2012). Nesse sentido, a tentativa de descrever a rede intra-hospitalar, relacionada à linha de cuidado cirúrgico no hospital, foi se deparando com movimentos de recursos materiais e dos profissionais (mudança da coordenação de enfermagem, trocas de plantão e demissão de profissionais, entre outros).

O funcionamento da rede intra-hospitalar pressupõe um movimento em conjunto de cada um dos atores que estão em suas unidades e tem um papel específico. Há interdependência do trabalho dos profissionais e o CC por depender de vários setores, necessita manter-se conectado a todos eles, conforme os fragmentos a seguir.

[...] O bloco funciona se a equipe médica trabalhar, se o PS [Pronto Socorro], o andar e o CTI trazer um paciente. Um baleado chega ao PS, vai ter o primeiro atendimento lá para vir para cá. Daqui vai pro CTI, enfim, é um conjunto (Ei15).

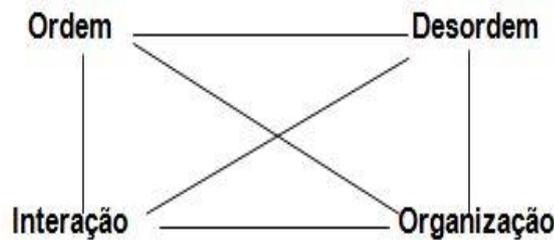
Cada um tem sua importância. Se a enfermaria não deu banho pré-operatório, não vai ter como eu dar não tem chuveiro dentro do bloco. Se ele não fizer a parte dele, a gente faz a nossa, mas o risco de infecção é maior (Ed10).

O bloco tem que ter boa articulação com todos os setores, porque depende de todos. [...] do CME pra entregar o material, o CTI tem que estar com a porta aberta dependendo da cirurgia [...] tem que estar de bem. Vamos falar assim, pode? (risos) De bem com todo mundo. [...] ter uma boa ligação, né? (Ei2).

O CC é uma unidade que faz parte dos múltiplos componentes da assistência cirúrgica. Esse setor deve estar em conexão com todos os demais, conformando, assim, a rede intra-hospitalar cirúrgica. Isso reflete a ideia do significado da palavra *complexus* que, segundo Morin (2011), significa aquilo que está ligado em conjunto, aquilo que é tecido em conjunto. No cuidado cirúrgico, para ocorrer de forma integral e segura, necessita que o CC esteja ligado aos demais setores que compõem o conjunto da assistência cirúrgica.

A complexidade, em um primeiro momento, é um fenômeno quantitativo pela extrema quantidade de interações e de interferências entre as diversas unidades. Todo sistema auto-organizador (sistema vivo), desde o mais simples, combina grande quantidade de unidades (por exemplo, bilhões, seja de moléculas em uma única célula, seja de células em um organismo). Contudo, a complexidade não abarca apenas quantidades de unidades e interações, mas compreendem incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios. Em certo sentido, a complexidade sempre tem relação com o acaso (MORIN, 2011). Essa descrição representa a complexa rede intra-hospitalar cirúrgica, que, além das diversas unidades (CC, setor de internação, CCIH, CME, e outras) e interações de atores humanos e não humanos que ocorrem cotidianamente, compreende também um misto de fenômenos incertos, mesmo com todas as formas de normatizar o trabalho. Isso porque, dentre outras possibilidades determinadas ou não, cada paciente é único e demanda situações singulares, as quais dependem da relação estabelecida por ator humano-ator humano e por ator humano-ator não humano, além da autonomia da prática de cada profissional envolvido na situação específica. Assim, segundo Morin, Ciurana e Motta (2003, p. 48) “a complexidade é um fenômeno não simplificável e traduz uma incerteza que não se pode erradicar no próprio seio da cientificidade”.

A incerteza está no seio de sistemas organizados, em sistemas semialeatórios, em que a ordem é inseparável do acaso. A complexidade está ligada à mistura de ordem, desordem e organização. Mistura íntima e interdependente. Não há prioridade uma frente à outra e, assim, não é adequado “[...] conduzir a explicação de um fenômeno a um princípio de ordem pura, nem o princípio de desordem pura, nem a um princípio de organização última. É preciso misturar e combinar esses princípios” (MORIN, 2011, p.108). O desenho de Morin (2011), apresentado na Figura 2, embasa a reflexão de alguns fenômenos cotidianos da rede intra-hospitalar cirúrgica.

**Figura 2: Tetragrama ordem/desordem/interação/organização.**

Fonte: Morin (2011).

O contato dos atores na rede intra-hospitalar se dá a partir de um fluxo pré-estabelecido e também por meio de necessidades não previstas nas unidades, o que provoca uma reação como resposta àquela situação para resolver os problemas do cotidiano.

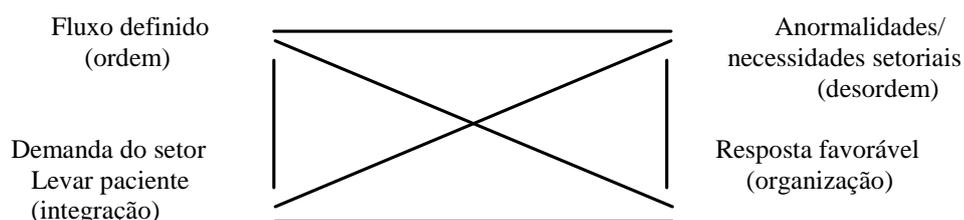
A gente não mexe com PS, só recebe de lá. Não tem transação de paciente daqui [internação] para lá. Tem com o CTI, quando o paciente agrava. E a clínica médica, quando recebem alta cirúrgica e ficam só com a clínica médica (Ei7).

A única ligação que a gente tem com eles [CTI] é de levar o paciente lá, mas eles não vêm aqui e a gente também não tem contato lá (Ed8).

Os leitos de bloco, CTI, estão previamente montados, o que sai da normalidade eles pedem para a gente. Essa integração, na verdade, é pela demanda do setor (Ei1).

Na realidade, só é procurado o setor quando realmente precisa [...] Quando você precisa deles, eles respondem (Ed12).

Observa-se nas falas que a interação entre os atores nesta rede segue o fluxo linear (Pronto Socorro → CC → CTI/Clínica Cirúrgica) que é da direcionalidade estabelecida na linha de cuidado cirúrgico. Não há interação dos atores além desta linearidade (ordem), além disso, a interação linear se dá a partir dos momentos de necessidades não previstas nos setores (desordem). Nos dois modos, há uma integração que culmina em uma resposta favorável e gera uma organização do trabalho. A Figura 3 apresenta esse conjunto de fenômenos.

**Figura 3: Tetragrama ligação/interação entre os setores.**

Fonte: Adaptado pela autora (MORIN, 20011).

A necessidade de ordem é expressa quando o profissional relata acreditar na organização do trabalho, por meio de processos bem descritos. No entanto, a desordem é referida pelo profissional Ed22, ao reconhecer que as relações interpessoais facilitam o sucesso da execução dos processos. Os profissionais descrevem um cenário de contradição: de um lado há a necessidade de um trabalho profissional, baseado em processos descritos e na organização do sistema (prescrito), e de outro o que se pratica, um trabalho baseado no coleguismo e na amizade que fazem um bom ambiente de trabalho, além de ser baseado nos favores, centralizado em pessoas e nomes (real).

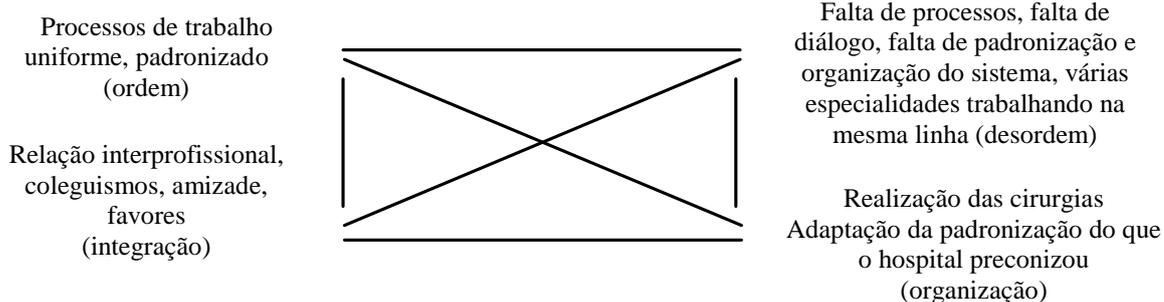
As ações no hospital deveriam ser baseadas em processos bem descritos. O coleguismo e a amizade viriam para facilitar, mas acho que é pouco para trabalhar profissionalmente. [...] (Ei1).

Se não houver uma pessoa pra fazer as coisas integrem ou agilizem, não acontece. [...] É tudo dependente de pessoas e não da organização do sistema. É porque não tem dialogo. São favores! (Ed22).

Os processos do bloco são realizados por muitas especialidades [...] várias categorias [...], a gente não consegue estabelecer um processo uniforme. [...] Cada equipe vem e faz de um jeito, apesar da gente tentar padronizar, [...] tem que se adaptar ao que a equipe está precisando e não ao que o hospital preconiza (Ei23).

As falas expressam a necessidade de se descrever os processos, padronizar, uniformizar o trabalho, conforme relatos de Ei1 e de Ei23 (ordem). No entanto, a falta dos processos descritos e pactuados, a falta do diálogo mencionado por Ed22 e a variedade de especialidades e profissionais que atuam na mesma linha de cuidado (desordem) faz com que a integração seja difícil, e é por meio do coleguismo, da amizade e dos favores que muitas questões se resolvem no cotidiano da rede intra-hospitalar, segundo Ei1 e Ed22. Frente a isso, o hospital se adapta ao saber-fazer diferenciado das múltiplas especialidades (organização). A Figura 4 representa esse fenômeno, baseado no tetragrama de Morin (2011).

**Figura 4: Tetragrama dos processos de trabalho para realização da cirurgia.**



Fonte: Adaptado pela autora (MORIN, 2011).

Segundo Franco e Merhy (2009), qualquer unidade de saúde se organiza e funciona em plataformas sobre as quais o cotidiano vai acontecendo. A primeira forma, estruturada, reflete o instituído, e a segunda, não estruturada, faz a transversalidade por dentro da organização, de modo instituinte. A plataforma do instituinte possibilita a ação dos sujeitos pelo seu desejo, que trazem em si a força de produção da realidade (FRANCO; MERHY, 2009) com sua subjetividade implícita. Assim, a plataforma do instituído e do instituinte estão implicadas diretamente no fenômeno da conexão e da comunicação dos profissionais para o funcionamento da linha de cuidados cirúrgicos na rede intra-hospitalar. Ou seja, o trabalho é realizado pela interação da prática no plano formal e do contato individualizado das relações pessoais, conformando a micropolítica institucional. Essa última, por vezes, é a via mais rápida para se resolver algum problema e realizar o processo de trabalho, mas, algumas vezes, também é uma via que gera riscos para o paciente, como, por exemplo, a quebra de algum protocolo instituído devido ao desejo de algum membro da equipe que está em nível maior na hierarquia institucional.

Apesar da importância da trama da rede intra-hospitalar para a resolutividade da linha de cuidado cirúrgico, a mesma não está funcionando em sua plenitude no hospital.

Se essa rede funcionasse de forma adequada, a rotatividade ia acontecer e o benefício mútuo, para todo mundo seria gigantesco. O problema é que essa rede não funciona 100%, da forma que deveria funcionar (Ed13).

[...] se por algum motivo, há alguma falha na rede, alguma quebra, a cirurgia não acontece! São muitos setores envolvidos (Ei5).

[...] precisa interligar: chegada do paciente, bloco e banco de sangue. Esses três têm que falar a mesma língua. E não acontece! Há discrepâncias (Ei18).

A gente tem que trabalhar junto, gente! Não adianta CME sozinha, bloco sozinha, internação sozinha. Não adianta! (Ei3).

O relato incisivo de Ei3, de que não adianta o trabalho setorial ser realizado isoladamente, leva ao entendimento de que, na prática, cada setor faz o seu trabalho específico de forma solitária, sem interação com os demais setores. As falhas do processo de trabalho de um dos componentes envolvidos, ou o trabalho individual, impacta negativamente na integralidade e na produção dos elementos para um cuidado cirúrgico em ato e seguro.

Nesse sentido, a rede não designa o que é mapeado e sim como se pode mapear algo pertencente a determinado território. É como se fosse um dos equipamentos espalhados sobre a mesa do geógrafo para lhe permitir projetar formas numa folha de papel (LATOUR, 2012).

Embora a rede intra-hospitalar seja reconhecida como necessária, as ações cotidianas na linha de cuidados cirúrgicos, não podem ser completamente mapeadas. Assim, a rede, a linha de cuidados são apenas equipamentos sobre a mesa dos gestores e profissionais da equipe multiprofissional para planejarem a assistência. Além disso, não há uma visão sistêmica de todos os profissionais sobre o funcionamento desta ferramenta chamada rede e a respeito de como os atores se interconectam na linha de cuidados.

Os demais setores, não sei te falar, ser clara nessa interação. Pelo que a gente percebe, assim como a CME está com dificuldade com o bloco, os outros setores também tem as mesmas dificuldades (Ei3).

Eu sei falar do trans e do pós que é o que eu convivo aqui dentro. Do pré eu não tenho muito a dizer (Ed31).

Depreende-se das falas dos profissionais que a rotina do CC, que é um ambiente fechado, somada às dificuldades do dia-a-dia de trabalho, ofusca o olhar sistêmico da rede intra-hospitalar. No entanto, a visão sistêmica é um fundamento da qualidade da assistência, que consiste no conhecimento da interdependência entre as diversas partes de uma organização, bem como entre ela e o ambiente externo (ONA, 2010). A falta de visão sistêmica, entre outros fatores, pode ser justificada pelo fato de o diálogo entre os setores ocorrer em momentos e com profissionais específicos e somente para equacionar problemas administrativos. Isso em detrimento de um diálogo sobre as necessidades de cuidado do paciente e dos problemas surgidos no processo de trabalho de um setor que impacta no outro.

A gente tem uma interação boa [...] A comunicação é entre enfermeiros. Enfermeiro da cirúrgica e do bloco. [...] a gente passa para eles os leitos e eles passam pra gente os pacientes que estão na recuperação (Ed17).

Já aconteceram casos de pacientes que desceram da ala, um ou dois dias antes para garantir vaga do CTI, sem ter indicação que a cirurgia dele fosse garantida no bloco. [...] algumas questões de processo de trabalho não ficam claras para a gente do por que todos esses problemas ocorrem (Ei25).

Durante as observações foi possível verificar que, geralmente, a comunicação para verificação de leitos ocorre por telefone que é um recurso utilizado principalmente pelo enfermeiro, que o leva nos bolsos da roupa do CC, tendo em vista que o aparelho é sem fio e permite os deslocamentos. Apesar do reconhecimento pelos profissionais da importância da comunicação para facilitar os processos, ela é falha, repassada de forma atrasada ou equivocada, não somente no CC, mas em todo o hospital. Isso causa riscos para pacientes e

para os profissionais, como por exemplo, quando a informação de que o paciente está colonizado com algum microrganismo multirresistente chega posteriormente ao cuidado efetuado que ocorreu sem a necessária precaução de contato pelos profissionais.

A comunicação não é efetiva. Paciente chega, às vezes, com TBC, com suspeita de outro tipo de doença e às vezes a gente fica sem saber. Se não correr atrás da informação, ela não vem! E essa informação teria que vir do cirurgião que está acompanhando, que teve o primeiro contato com o paciente até entrar (Ed29).

A comunicação facilita ou emperra o processo. Hoje a comunicação é truncada não só no bloco. No hospitala gente tem muito problema de comunicação. [...] para fazer as notificações, as pessoas relatam uma coisa, na hora que você vai conversar: “Não! não era isso”. Era algo parecido (Ei23).

No depoimento do profissional o “correr” atrás da informação sugere que a comunicação não ocorre de forma fluida e efetiva na organização. Essa deficiência é fomentada, de certa forma, pelo número de atores e formas pelas quais são disseminadas as informações na rede intra-hospitalar. A comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde é um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a; 2013b), bem como é uma das metas internacionais para a segurança do paciente (CBA, 2010).

O desconhecimento dos processos de trabalho dos diferentes atores da rede intra-hospitalar é um fator que contribui para a deficiência da comunicação. Os diferentes setores são desconhecidos entre eles, parece ser “outro mundo”. O conhecimento sistêmico do trabalho das diversas unidades, e não somente entre as coordenações, é necessário para a melhoria da comunicação.

Falta comunicação, falta contato. O quê eu falo? Uma aula. “Gente como é que funciona o banco de sangue?” “Ah funciona assim, assim, assim”. Quando você souber o beabá, você saberá se comunicar mais fácil (Ei18).

O pessoal desconhece nosso trabalho [do laboratório], acha que é outro mundo. Na coordenação médica e da enfermagem o diálogo é fácil e temos tentado aproximar para os profissionais entenderem. Para eu entender as necessidades deles e eles a nossa (Ei24).

O pessoal não sabe o que fazemos na agência transfusional. Pedem: “Eu quero um plasma agora, correndo!”. Falo: “Pode levar, você vai dar o paciente para chupar? Ele está um picolé! Leva no mínimo 15 a 20 minutos pra descongelar”. [...] Eles acham que o plasma é igual sangue: pegou, levou! [...] [falta] comunicação (Ei18).

A necessidade de conhecer o outro setor é condição essencial para saber “o que” e “como” solicitar algo para atender às necessidades dos pacientes. Fazer solicitações equivocadas pressupõe falta de conhecimento do trabalho dos diferentes setores e dos

profissionais com os quais se trabalha todos os dias na rede intra-hospitalar. Os profissionais deveriam conhecer as rotinas e competências de cada unidade com as quais interagem para que não sejam feitas solicitações fora do contexto. A solicitação de plasma inadequada, conforme o exemplo mencionado mostra a falta de integração, uma vez que muitos profissionais externos à agência transfusional desconhecem a necessidade de descongelar e preparar o plasma a ser disponibilizado para o paciente. O setor de Educação Permanente do hospital pode desempenhar importante papel nesse aspecto, como, por exemplo, na entrada do novo colaborador na instituição, apresentando os diversos setores ou, no decorrer da atuação profissional, elaborar um programa educacional que possibilite a interação interprofissional e intersetorial.

Segundo Morin (2003c), a comunicação é sempre multidimensional, complexa, feita de emissores e de receptores. Ela ocorre em circunstâncias concretas, ativando ruídos, culturas, bagagens díspares e cruzando indivíduos diferentes. O fenômeno comunicacional não se esgota na presunção de eficácia do emissor, pois há um receptor dotado de inteligência na outra ponta da relação comunicacional. A comunicação enfrenta o desafio da compreensão (MORIN, 2003c), o que depende de informações e de conhecimentos, neste caso, do conhecimento dos profissionais sobre o trabalho dos outros nos diversos setores.

No hospital em estudo, há algumas estratégias para a conexão de profissionais e dos pontos de atenção na rede intra-hospitalar que contribuem para a promoção de uma assistência integral, comunicativa e que gera segurança ao paciente cirúrgico, são elas: o anestesiológico que avalia o pré-operatório; o enfermeiro de especialidades; o coordenador de plantão e a reunião da linha de cuidado cirúrgico.

A gente consegue fazer essa interface do bloco com os outros setores, por causa desses profissionais, seja o enfermeiro de especialidade, seja o anestesiológico que faz a visita pré-anestésica (Ed10).

[...] se alguém me ligar em casa meia noite: “como é que está seu Antônio?” Eu sei! [...] O cuidado é globalizado! É integral. Eu acompanho o paciente até ele ter alta do ambulatório. Não estou fragmentada, dentro do bloco. [...] a gente tem tido muito sucesso com o enfermeiro de especialidade, tem que ser publicado! [...] Que seja reconhecida como especialidade (Ei20).

A gente tem a rotina do coordenador de plantão definir o paciente para o CTI. É muito bom, ele tem a visão do pronto socorro, do bloco e das unidades. Mas falta uma discussão deste profissional com o intensivista. [...] muitas vezes o paciente vem para morrer, na ala era limite de esforço terapêutico, foi entubado e veio para o CTI, porque a família queria. Enquanto um paciente fica prendendo a sala do bloco e sem proposta de vir. Se essa discussão acontecesse, eu acho que o paciente ganharia muito e o profissional se sentiria mais valorizado (Ei25).

[...] a nova coordenadora tenta deixar os enfermeiros do andar ter mais contato com o bloco para facilitar a dinâmica. [...] sempre a coordenadora da linha cirúrgica tenta fazer as reuniões juntas para que eles participem dos percalços do bloco e interajam mais (Ed28).

Chama à atenção no hospital a proposição do enfermeiro referência das especialidades cirúrgicas que tem o papel de acompanhar o paciente desde a chegada ao hospital até a sua alta hospitalar ou ambulatorial, quando tem acompanhamento posterior à cirurgia. Esse modelo é baseado no *trauma nurse coordinators*, que não tem uma tradução para o português, mas pode ser compreendido como coordenador de enfermagem de trauma. No contrato de trabalho desses profissionais com o hospital, consta: enfermeiro de especialidades ou enfermeiro referência da cirurgia geral, da ortopedia e da cirurgia vascular. Eles são conhecidos na instituição também como enfermeiros gerentes de trauma.

O trauma, de acordo com a OMS, é a "doença do século XXI" e seu impacto é muito grande na sociedade, uma vez que debilita indivíduos em idade produtiva (OMS, 2009). Assim, os enfermeiros do *trauma nurse coordinator* são essenciais para um serviço de trauma de sucesso (CURTIS; LEONARD, 2012). Segundo Crouch *et al.* (2015), esses profissionais têm essa função na Inglaterra desde 1990, e a profissão alcançou abrangência nacional, naquele país, após a implantação do sistema de trauma regional em 2012. Eles têm qualificação no cuidado ao paciente traumatizado, facilitando a coordenação dos cuidados, avaliação e melhoria da qualidade, da educação, da divulgação e da pesquisa em trauma, sendo considerados, ainda, defensor do paciente com trauma (CROUCH *et al.*, 2015).

Os enfermeiros de especialidades foram introduzidos no hospital em estudo pela necessidade de se registrar os traumas em termos de diagnósticos, tratamentos e resultados, com avaliação retrospectiva e prospectiva. Esses dados são armazenados em um banco de dados atualizado para melhor conhecer e gerenciar o cuidado do paciente com trauma. Isso faz parte de uma das medidas induzidas pela OMS (2009) para reduzir a morbimortalidade provocada pelo trauma, inserido no *Quality Improvement (QI)*, que são programas de melhoria da qualidade de atendimento ao trauma.

A primeira enfermeira nessa função foi contratada em 2010 no hospital, para ser referência da cirurgia geral e, como acadêmica, já desempenhava atividades relacionadas ao cargo. Depois foi contratado um enfermeiro para a ortopedia e, posteriormente, outro para cirurgia vascular. Esses enfermeiros têm o papel de articular os atores da rede intra-hospitalar para que o cuidado ao paciente seja integral desde a sua entrada até a sua alta, além de acompanharem os residentes da especialidade, manter atualizados registros de traumas e

cirurgias da especialidade, participar de reuniões, entre outras funções. A contratação desses profissionais consiste em uma estratégia que visa assegurar o cuidado continuado e integral ao paciente, bem como aprimorar a articulação, comunicação e integração entre os atores da rede intra-hospitalar e imprimir maior nível de qualidade e segurança aos serviços prestados aos pacientes vítimas de trauma e também, aos pacientes cirúrgicos no hospital.

Contudo, mesmo com essas estratégias, os relatos dos profissionais apresentam fragilidades na conexão e comunicação dos atores na rede da linha de cuidado cirúrgico no perioperatório. Isso pode se justificar pela dificuldade no mapeamento e definição dos processos; da pactuação dos acordos intersetoriais (cadeia/cliente/fornecedor), ficando à mercê da “política da boa vizinhança” para estabelecimento das conexões diárias; dificuldade na articulação entre as pessoas/profissionais interna e externamente ao seu setor de origem e pela ausência da introjeção da cultura organizacional voltada para a qualidade e segurança. Isso não ocorre apenas pelo fato do CC ser uma unidade fechada, é algo que ocorre na instituição como um todo, conforme relatado a seguir.

Deveria ser mais articulado, mas isso não é um problema só do bloco cirúrgico. O hospital ainda tem dificuldade nos acordos intersetoriais [...] As pessoas têm dificuldades de se articular, não só entre os setores, mas dentro do mesmo setor também. Nas especialidades, nas categorias ainda é muito fragmentado, cada um faz o seu pedaço. [...] as pessoas conversam pouco. Essa articulação, essas relações ainda precisam ser trabalhadas (Ei23).

Falta descrever os processos, ter a cadeia cliente-fornecedor ajustada para que tenha um processo realmente eficaz. [...] Está no dia a dia, mas não é descrita, a gente fica na política da boa vizinhança, mas formalmente não tem nada escrito (Ei1).

[...] a gente ainda não introjetou a cultura da qualidade como ferramenta que facilita o trabalho e que deixa o trabalho mais seguro (Ei23).

Os depoimentos evidenciam que ainda é necessário desenvolver uma cultura organizacional voltada para a qualidade e segurança. A cultura da segurança é entendida como um 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 (BRASIL, 2013b). É imprescindível uma política institucional de cultura de segurança, mas é um desafio para as instituições hospitalares, exigindo um levantamento dos fatores organizacionais que impedem o desenvolvimento da cultura de segurança (CARVALHO, 2011).

Deve-se registrar ainda que o funcionamento da rede intra-hospitalar está também relacionado à conexão desta com a rede global, ou seja, com serviços, profissionais e gestores extra hospital.

No CTI, em torno de 10% dos pacientes são de cuidado intermediário. Tem várias propostas para a diretoria, mas não depende dela, porque tem uma questão financeira, que demanda discussão com a secretaria municipal de saúde [...] Alguns pontos dependem da equipe médica, outros dependem de financiamento municipal, estadual ou federal que a diretoria tem tentado (Ei25).

A forma ‘em rede’ é constituída por duas porções, a saber, uma local e outra global, pois nenhum lugar predomina o bastante para ser global, nem é suficientemente autônomo para ser local (LATOURE, 2012). Neste sentido, os profissionais do hospital não têm autonomia e o completo arsenal de recursos necessários para resolver todos os problemas. Há melhorias que são dependentes da ação de profissionais da rede global, não excluindo a responsabilidade interna de gestores e profissionais com a qualidade assistencial.

Enfim, foi possível identificar, por meio das diferentes visões dos profissionais que a articulação da rede intra-hospitalar é vital para a assistência cirúrgica segura. A trama desta rede, que é estabelecida pela relação dos diferentes atores, está em constante ordem, desordem, interação e organização. Este tetragrama deve estar harmônico para o pleno funcionamento da assistência cirúrgica segura. Caso não esteja, sob determinada condição – instabilidade e falha da rede local ou global – ocorre uma cascata de problemas, com riscos que podem desencadear incidentes aos pacientes em algum ponto das três fases do perioperatório.

#### ***4.1.3 Perioperatório: entrelaçamentos das três fases para a cirurgia segura***

[...] complexas é o que está junto; é o tecido formado por diferentes fios que se transformaram numa só coisa. Isto é, tudo isso se entrecruza, tudo se entrelaça para formar a unidade da complexidade; porém, a unidade do *complexus* não destrói a variedade e a diversidade das complexidades que o teceram (MORIN, 2003a, p. 188).

A rede intra-hospitalar na qual ocorre a assistência cirúrgica aos pacientes é complexa. Para Morin (2003a), uma organização complexa é ao mesmo tempo: acêntrica (funciona de maneira anárquica por interações espontâneas); policêntrica (tem muitos centros de controle ou organização) e cêntrica (dispõe, ao mesmo tempo, de um centro de decisão). Esses aspectos estão presentes na rede intra-hospitalar, a qual é organizada não só a partir de um

centro de comando-decisão (coordenação conjunta médica e de enfermagem), mas também de diversos centros de organização (como as coordenações das especialidades que atuam no CC e coordenações dos setores envolvidos) e de interações espontâneas entre os grupos de profissionais. Nesse sentido, discutir o entrelaçamento das três fases do perioperatório no hospital se faz necessário, sendo reconhecido como importante pelos profissionais. No entanto, na prática, a organização e as ações de conexão dos atores não ocorrem de forma efetiva nas três fases do perioperatório, que compreende o pré-operatório, o transoperatório e pós-operatório.

O período pré-operatório compreende desde o momento da decisão de que a cirurgia, seja ela eletiva, de urgência ou de emergência, será realizada, até o momento que precede o ato cirúrgico, quando o paciente é encaminhado ao CC (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009). As ações conformam uma fase importante para avaliar, por meio do risco cirúrgico-anestésico (realizado por clínico geral, cardiologista e/ou anesthesiologista), as condições fisiológicas do paciente, o risco-benefício do procedimento e as informações transmitidas a pacientes e familiares sobre a cirurgia. Essas ações auxiliam o ato na sala operatória, principalmente na abordagem inicial do anesthesiologista e, sendo um hospital de ensino, auxilia o cirurgião a decidir se o residente poderá ou não atuar naquela cirurgia. Nas cirurgias de urgência e emergência, não há tempo hábil para se realizar um pré-operatório para avaliação do risco-benefício do procedimento anestésico-cirúrgico, repercutindo na qualidade e segurança do procedimento.

O doente da eletiva, a gente tem que levar para o bloco na melhor condição. Se o benefício for pouco, em relação ao risco, a gente orienta e nem opera [...] A avaliação pré-anestésica é um dado a mais para o cirurgião aumentar a segurança. Se tiver um risco muito ruim, eu não vou demorar ou deixar o residente operar, faço mais rápido. O paciente da urgência e da emergência não tem risco cirúrgico, tem que por no bloco, operar e pronto (Ed19).

Quanto mais dados você tiver escrito do pré-operatório, pré-anestésico, mais rápido e melhor fica essa abordagem inicial que a gente faz aqui (Ed17).

Pelos relatos, se percebe que o objetivo dessa fase é o preparo adequado do paciente no sentido de reduzir, ao mínimo possível, os riscos de morbimortalidade por complicações no ato cirúrgico. Segundo Schwartzman *et al.* (2011), o profissional deve avaliar, de forma criteriosa, o risco cirúrgico e anestésico, as particularidades do paciente e do procedimento, atuando em possíveis situações de risco. Segundo os autores, a consulta pré-anestésica (pelo anesthesiologista) e a consulta pré-operatória (pelo clínico ou outro especialista) visam à

segurança do ato anestésico e a diminuição de complicações. Segundo os entrevistados isso ocorre porque serão observados detalhes que podem não ser percebidos pelo cirurgião devido à grande demanda de pacientes.

No ambulatório, quando tenho que reoperar um paciente, quem faz o risco cirúrgico é o anesthesiologista. É um risco pré-anestésico. Se o anesthesiologista achar que ele precisa de avaliação mais detalhada de um cardiologista, ele é encaminhado para o posto, ou para algum local específico. Essa avaliação é importante porque o cirurgião, em hospital público, trabalha sobrecarregado, tem detalhe que pode passar despercebido, que não passa para o clínico, cardiologista ou anesthesiologista (Ed19).

Quando é necessário realizar nova abordagem em um paciente que se submeteu a uma cirurgia no hospital, mas se encontra em sua residência, o risco cirúrgico-anestésico é realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em outros serviços da rede. Assim, a rede intra-hospitalar se conecta a uma rede extra-hospitalar. Há atores externos importantes para se alcançar a segurança cirúrgica. Quando o paciente está internado no hospital, quem faz a avaliação é um anesthesiologista no ambulatório. O início da realização da avaliação pré-anestésica pelo profissional anesthesiologista no hospital se deu por duas questões que, na época, representaram desordem, mas que proporcionaram a organização do serviço.

A primeira questão foi relacionada aos números baixos da realização do pré-anestésico registrados no *checklist* de cirurgia segura e a segunda à gravidez de uma das anesthesiologistas. Devido aos riscos para o feto, o serviço médico hospitalar não autorizou o trabalho da mesma no CC durante a gestação e a profissional foi lotada no ambulatório, iniciando a organização da avaliação pré-operatória pela profissional na instituição.

Depois que o checklist, começou a ser apresentado em dados, ficou visível. A gente não tinha um anesthesiologista que fizesse consulta pré-anestésica, quando uma anesthesiologista engravidou, foi só uma justificativa pra fazer esse trabalho (Ed10).

O deslocamento de anesthesiologistas do CC para o ambulatório era uma das dificuldades na implantação universal da avaliação pré-anestésica, sendo este profissional mais indicado para realizar a avaliação com maior segurança e visão ampla do procedimento anestésico. Ele é capaz de verificar o estado de saúde do paciente e fatores que influenciam o ato anestésico, como as interações medicamentosas, dificuldades para intubação, melhor tipo de anestesia (SCHWARTZMAN *et al.*, 2011). Além disso, ao anesthesiologista cabe a decisão de realizar ou não o ato anestésico, de modo soberano e intransferível (CFM, 2006). Contudo,

a avaliação pré-operatória pelo anestesiológico, no hospital, se realiza por meio de interconsulta, que não consegue abranger a totalidade dos pacientes.

A anestesiológico do pré-anestésico fica mais com a ortopedia que, geralmente, não pedia exame pré-cirúrgico, só o risco básico e mais nada! Aí os anestesiológicos bombavam as cirurgias. [...] Para a gente [cirurgia] não tem. Quando a gente pede interconsulta, geralmente não dá tempo de atender no tempo que a gente quer. Então a gente faz todo o pré-operatório (Ei20).

Há, ao mesmo tempo, uma disputa (desordem) entre as especialidades para a avaliação pré-operatória pelo anestesiológico no ambulatório ou nas enfermarias e uma conformação sobre a prioridade dos pacientes atendidos serem de uma especialidade (ordem). E assim se conforma a organização da avaliação pré-operatória com prioridade para pacientes da ortopedia; os pacientes das demais especialidades têm a avaliação pré-operatória, por vezes, realizada pelo cirurgião e sua equipe. Assim, a não abrangência da totalidade dos pacientes gera desvalorização da avaliação pré-anestésica pelo anestesiológico no pré-operatório.

A gente acaba fazendo de novo aqui [no CC] Essa conversa antes, isso é o pré-anestésico! [ênfase] A gente vê exames, pergunta se tem hipertensão, se já enfartou, se está em jejum. Tem uns que já vem com isso feito, mas a maioria a gente faz aqui na hora. Eu acho que tem o ambulatório, mas eu não aproveito muito as informações do ambulatório, faço de novo (Ed17).

Nessa situação, a avaliação pré-anestésica foi reduzida à conversa do anestesiológico com o paciente antes da indução anestésica. No Brasil, os pacientes geralmente são avaliados no mesmo dia da cirurgia ou, no máximo, na véspera (SCHWARTZMAN *et al.*, 2011). Porém, é imprescindível conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente antes de ser realizada qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência (CFM, 2006). Em cirurgias eletivas, para aumentar a segurança, uma boa avaliação ambulatorial será o padrão ouro do cuidado anestésico pré-operatório (SCHWARTZMAN *et al.*, 2011). Ademais, a forma como é conduzida a fase pré-operatória revela, para outras categorias profissionais, o compromisso dos cirurgiões com aquele paciente e com o procedimento a ser realizado. No entanto, os procedimentos do pré-operatório estão fragmentados.

Você fala assim: “Essa equipe cirúrgica tem compromisso com o paciente”, se fez todo esse pré-operatório (Ed17).

Foi acordado com a equipe de anestesia fazer o pré-operatório com alguns anestesiológicos que correm leitos. Tem uma preparação também com a enfermagem. Esses processos estão um pouco fragmentados, [...] não está cumprindo o que foi acordado (Ei23).

O pré eu não consigo ver porque está lá fora. Então eles estão lá (Ed31).

O pré-operatório é uma fase que está à parte, algo distante, que está “lá fora”, não é considerado parte da cirurgia pelos profissionais que atuam diretamente no CC. Porém, o pré-operatório ocorre por meio da interação de vários atores da rede intra-hospitalar para a execução das ações.

No ambulatório o paciente recebe as primeiras orientações: data de cirurgia, encaminhamento para exames laboratoriais e risco cirúrgico. O enfermeiro orienta o jejum, o banho pré-operatório, o horário de chegada, o fluxo. [...] No andar [paciente internado] tem papel semelhante. [...] algumas medicações como anticoagulante suspende na véspera, orienta o jejum, executa o banho pré-operatório (Ed28).

O papel nosso [CTI] no pré-operatório é que o médico observe os exames e discuta o caso com o cirurgião. [...] banho pré-operatório pela equipe de enfermagem, e que o antibiótico corra antes do paciente ir para o CC (Ei25).

Embora os profissionais participantes da pesquisa tenham em mente o papel dos diversos atores da rede intra-hospitalar nesta fase do processo cirúrgico, há descompasso das ações do pré-operatório com o estabelecido. Alguns procedimentos que fazem parte do preparo adequado do paciente como banho e a administração de antibiótico profilático são realizados fora do tempo, seja por desconhecimento, displicência ou desvalorização pelos profissionais.

As pessoas não dão a devida importância de uma rotina simples que é o banho pré-operatório, que minimiza a infecção do sítio cirúrgico, aumenta a possibilidade da cirurgia ser bem sucedida. Às vezes as pessoas deixam de fazer por desconhecimento [...] não tem noção de que o banho tem validade de duas horas, que se ele for muito cedo, não vai adiantar (Ed10).

O antibiótico pré-operatório no pronto socorro, às vezes já podia começar a administração. Eles não dão importância, deixa para começar no bloco (Ed10).

As duas ações no pré-operatório (antibiótico profilático e banho) são relativamente simples e impactam no transoperatório. Em um estudo com 129 pacientes de duas instituições hospitalares, no Paraná, o banho foi realizado para pouco mais da metade dos pacientes antes do procedimento cirúrgico (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009). Os antimicrobianos são administrados no pré-operatório frequentemente cedo demais, tarde demais ou de uma maneira errada (OMS, 2009). O antibiótico profilático deve ser iniciado uma hora antes da incisão cirúrgica, ou duas horas antes da incisão, se o paciente recebe vancomicina ou fluoroquinolonas (SALMAN *et al.*, 2012). Um estudo observacional prospectivo com 3.836

pacientes mostrou que o antibiótico administrado entre 0 a 29 minutos antes da incisão cirúrgica é menos efetivo quando comparado com a administração entre 30 e 59 minutos antes da cirurgia (WEBER, *et al.*, 2008).

No período pré-operatório, no hospital em estudo, há falhas relativas também no preparo do paciente quanto ao acesso venoso adequado e a retirada de acessórios e pertences do paciente para encaminhá-lo ao CC.

Nessa área [pré-operatório] tem um pouco de falha. Tudo deveria começar lá fora, vir puncionado com jelco 18, calibre maior, se precisar infundir sangue. [...] Paciente do pronto socorro, vem com jelco 22 para o bloco! [...] manda de cueca, chinelo, [...] todo mundo sabe que não pode, mas vem com dentadura [...]. Quanto mais eles ajudarem, melhor o andamento aqui dentro, fica mais fácil (Ed4).

Falhas nessas ações simples também ocorrem em outros hospitais, como no estudo realizado em dois hospitais no Paraná, onde a solicitação de retirada da prótese dentária, no período pré-operatório, se deu somente em 73% dos pacientes que faziam o uso, nos demais pacientes o uso da prótese foi identificado no CC (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Ademais, as falhas de comunicação no pré-operatório vão desde profissional para paciente e vice-versa, até profissional para profissional em seus diversos locais de atuação.

No pré... Eles [pacientes] chegam aguardando uma posição do médico. [...] a gente tem uma expectativa junto com eles [...] ele [paciente] não sabe quando vai ser a cirurgia e o quê vai acontecer com ele (Ei7).

Paciente chega [no CC], a gente recebe: “Sabe de que vai ser operado?” “Não! Falaram pra mim que eu vou operar, mas não sei o que” [...] O paciente não sabe! Opré é isso (Ed31).

Quando o paciente chega para o trans, quantas vezes a gente pergunta: “Tá em jejum?” “Não!” Ai a cirurgia é cancelada, porque o pré não foi bem feito lá fora”. “Não falaram com você?”. “Não. Ninguém me falou” (Ed31).

A expressão “a gente tem uma expectativa junto com eles” relatada mostra a falta de comunicação entre os profissionais e de planejamento da assistência não multiprofissional. Por outro lado, nos relatos de Ed31, foram reafirmadas falhas de comunicação entre os profissionais e pacientes. A comunicação, o diálogo e a conversa profissional-paciente é o elo para aproximar quem está sendo cuidado e quem está cuidando. No encontro, as pessoas estabelecem, a partir da relação e da interação humana, momentos de troca, de interesse e preocupação com o outro, e a maneira de expressão pode ser pela palavra ou mesmo comportamental. Assim, o profissional oportuniza e encoraja o cliente a dialogar e a

expressar-se, o que torna possível aproximação e compreensão da complexa teia de relações humanas de cuidado (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008). No pré-operatório o bem-estar do paciente deve ser o principal objetivo dos profissionais que o assistem, pois estes podem apresentar alto nível de estresse, bem como desenvolver sentimentos que podem atuar negativamente em seu estado emocional, tornando-os vulneráveis. Muitas vezes, o estresse independe da cirurgia, tem relação com a desinformação associada aos procedimentos da cirurgia, da anestesia e dos cuidados (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) seria uma estratégia importante para integrar todo o perioperatório, no entanto, no cenário deste estudo, ainda não é realidade. Isso impacta na primeira fase cirúrgica, o pré-operatório, pela ausência da visita sistemática do enfermeiro do CC ao paciente antes das cirurgias.

Infelizmente no bloco, a gente não tem esse enfermeiro que faz a visita pré-operatória [no leito] para dar continuidade no bloco. A gente tentou implantar a SAEP, mas ainda não tem essa ligação na assistência de enfermagem (Ed10).

O enfermeiro deve considerar a visita pré-operatória prioritária, um processo interativo para promover e/ou recuperar a integridade dos pacientes. Por meio dessa visita, o enfermeiro terá informações para ajudar no planejamento da cirurgia no trans e no pós-operatório (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006). Segundo Saragiotto e Tramontini (2009), 87,5% das enfermeiras de diferentes hospitais de Londrina não realizam todas as fases da visita pré-operatória, sendo que as estratégias empregadas no pré-operatório consistiram em contato telefônico e orientações na enfermaria e na recepção do CC. Isso, de certa forma, coincide com as observações desta pesquisa no que diz respeito aos enfermeiros do CC. Porém, há um arcabouço de legislações sobre a obrigatoriedade da utilização do processo de enfermagem, como atividade privativa do enfermeiro e que deve ter participação de toda a equipe de enfermagem (Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; Resolução COFEN nº 358/2009). Mesmo assim as recomendações não são ainda incorporadas no hospital cenário deste estudo. Isso fragiliza a assistência de enfermagem, pois o processo de enfermagem é um método de trabalho, baseado em teorias de enfermagem que são o conhecimento específico da profissão.

Foi possível perceber, pelos depoimentos e observação, que o período pré-operatório no hospital é ainda uma condição insegura e que a segurança do paciente nessa fase influencia na tranquilidade e segurança dos profissionais na sala operatória.

[...] o *checklist* do pré-cirúrgico a gente hoje não faz. Isso às vezes leva o paciente numa condição de mais fragilidade para a cirurgia. O pré-anestésico, eu acho que seguramente é uma condição ainda insegura (Ei30).

O planejamento do anestesiolegista é baseado no pré-operatório e no pré-anestésico, que andam juntas e faz toda a diferença! [...] Isso não só aumenta a segurança da cirurgia, como aumenta a qualidade de vida do profissional. Você chega, vê tudo, aí você começa a trabalhar já mais tranquilo (Ed17).

Ressalta-se a necessidade de repensar a articulação dos atores do hospital na fase pré-operatória para a continuidade, integralidade e segurança do cuidado cirúrgico e, também, para proporcionar um ambiente seguro para o trabalhador. Segundo Pena e Minayo-Gomez (2010), a segurança do profissional e do paciente tem relações diretas. Os autores observaram que a diminuição de infecção relacionada à saúde nos pacientes, por exemplo, reduz, ao mesmo tempo, doenças ocupacionais para os trabalhadores. A melhoria da segurança dos pacientes impacta na redução de acidentes no trabalho (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010).

Ao contrário dos vários problemas citados pelos profissionais na fase pré-operatória, a fase intraoperatória é percebida de uma forma mais tranquila pelos participantes da pesquisa.

[...] depois que o paciente entrou para a cirurgia, ela flui tranquilamente. Acontece às vezes uma intercorrência, mas é aceitável. Isso aí a gente não pode prever. [...] o trans é muito tranquilo (Ed13).

O trans é mais tranquilo. As coisas caminham. O raio X vem certinho, nada foge do normal, tem um atraso ou outro, mas nenhuma observação maior a fazer não (Ed29).

Os profissionais não são claros no que seria “aceitável”, “normal” ocorrer dentro do transoperatório, que não impactaria negativamente na assistência cirúrgica segura. Contudo, o atraso mencionado pode gerar maior tempo cirúrgico e repercutir no resultado final do procedimento.

Há também, nos relatos sobre a fase transoperatória, a necessidade da conexão e da comunicação dos diversos atores da rede intra-hospitalar. A metáfora utilizada para expressar essa interdependência foi a de um “corpo” que depende de múltiplos órgãos para funcionar.

[...] é a mesma coisa do corpo. [...] primeiro dependemos do pessoal da conservação. Limpou a sala, a sala está pronta? Aí dependemos do técnico de enfermagem que montou os carrinhos, depende do instrumentador para checar o material. Está tudo ok? Aí sim, pode entrar com o paciente. Depende do anestesiolegista. Fez o trabalho dele? Entra a equipe cirúrgica, que vai do instrumentador ao preceptor [pausa]. Para ter sucesso depende de todo mundo! [com ênfase] (Ed12).

---

---

A cirurgia vai depender do anestesiologista, do cirurgião, mas tem um monte de gente nos bastidores. Tem a equipe da enfermagem, a farmácia e o banco de sangue que precisam disponibilizar o que a gente pede o quanto antes (Ed19).

Pelos depoimentos, os profissionais que atuam diretamente no ato anestésico-cirúrgico estão na cena principal de um filme e os demais profissionais estão nos bastidores, apoiando essa “cena” da qual participam apenas os protagonistas. Segundo Reus e Tittoni (2012), a sala operatória é o local onde se desenvolve a cena e tudo funciona como num filme, onde cada ator desempenha papéis definidos. Uma nova refilmagem acontece em cada cirurgia, onde os atores podem ser diferentes, mas as cenas são repetidas detalhadamente. Assim como um piloto de avião conta com a equipe de solo, com a equipe de bordo e os controladores de tráfego aéreo para um voo seguro, um cirurgião é um membro essencial, mas depende de uma equipe responsável para a assistência cirúrgica segura (OMS, 2009).

Entre os vários profissionais que atuam em um procedimento cirúrgico, cada “ator” tem um contato distinto com o corpo do paciente, o que lhe confere um *status* nessa relação. O cirurgião atua manipulando e modificando o “interior” do corpo, amparado por um saber técnico e acadêmico, tanto no corpo como no ambiente. O anestesiologista intervém na consciência do paciente, que se ausenta e se torna vulnerável. Os profissionais de enfermagem manipulam o “exterior” do corpo, com procedimentos “não invasivos”, também amparados por um saber (REUS; TITTONI, 2012). Esses saberes técnicos distinguem os diversos atores humos da rede intra-hospitalar e os coloca na cena ou nos bastidores, o que faz com que cada um exerça um nível de poder nesse espaço ocupado. No entanto, a segurança cirúrgica demanda desempenho confiável de múltiplas etapas necessárias à assistência, não apenas pelo cirurgião, mas pela equipe de profissionais de saúde, trabalhando em conjunto para o benefício do paciente (OMS, 2009).

Além da dependência dos diversos atores da rede intra-hospitalar, há uma relação direta entre as diferentes disciplinas que atuam na área cirúrgica. No relato, para a cirurgia acontecer é necessária a atuação da anestesiologia, que evoluiu, em determinado período, tornando-se duas profissões distintas, embora complementares. Isso trouxe vantagens e desvantagens.

Uma cirurgia de laparotomia por uma obstrução intestinal pra ser tranquila precisa de uma anestesia muito bem feita, para a musculatura [do paciente] ficar flexível, para o cirurgião acessar. A anestesiologia já foi uma subespecialidade da cirurgia. Depois foi ficando tão complexa, que teve que separar! [...] as técnicas cirúrgicas, se desenvolveram a partir do momento em que a anestesia evoluiu e dá condições para o cirurgião operar. [...] não existiria cirurgia sem anestesia! Cirurgias antes da

anestesia eram coisas medievais [...] paciente sentido dores horríveis. As duas áreas se desenvolveram juntas e uma é totalmente dependente da outra (Ed17).

Determinadas clínicas, tipo ortopedia, é muito ligada só no problema: especialista em joelho vê só o joelho, não consegue ver o resto [...] vê um ligamento rompido, trata aquilo ali, mas o paciente tem outros problemas, às vezes, nem é o mais grave aquilo ali [...] quanto mais especialista, menos consegue ter visão geral (Ed17).

Segundo Morin (2005), a evolução disciplinar das ciências trouxe as vantagens da divisão do trabalho (contribuição das partes especializadas para a coerência de um todo organizador), mas também os inconvenientes da fragmentação do saber. Há necessidade da equipe multiprofissional para o sucesso das cirurgias na sala cirúrgica. No entanto, a conexão não é articulada e a comunicação não é efetiva. O “corpo” falha e repercute na fase transoperatória. No CC, há um desalinhamento, um descompasso nos atos de cuidados de um setor para o outro. Isso gera prejuízo para os pacientes e desperdício de material.

O paciente chega do CTI com bomba de infusão, medicações IV e tal. A gente tira pra fazer as minhas medicações. Às vezes está no meio de um antibiótico e perde aquele frasco. Acho que poderia integrar mais a prescrição [...] A gente não pode manter a conduta deles, cirurgia é diferente! [...] a gente tira tudo! [...] Se a gente manda uma bomba de infusão daqui, eles trocam, porque têm outras diluições, padrões (Ed17).

O bloco tem interface com todos os setores e nem sempre o paciente chega para a cirurgia na condição adequada [...] Para que aconteça o processo de trabalho do bloco, tudo tem que estar muito acertado (Ei30).

A comunicação entre a equipe do CC e outras unidades interfere na dinâmica de funcionamento do CC, sendo a comunicação identificada como um instrumento de trabalho (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006). Essa comunicação entre os diversos atores é necessária, entre outras questões, para que o desperdício seja evitado e haja continuidade do tratamento. Outros pontos relacionados a questões externas e internas ao CC são citados como problemas no transoperatório.

Vira e mexe tem um material que não está bom, falta alguma peça no kit, mas é tudo mais tranquilo. É só em caráter de exceção mesmo (Ed29).

No trans algumas vezes acontece alguns percalços [...] o cirurgião pede um monte de coisa e nada serve e o material fica comprometido ou perdido (Ei23).

Em estudo realizado em hospital universitário público de grande porte de Porto Alegre, o comportamento do cirurgião foi apontado como uma situação geradora de estresse e houve o reconhecimento até por parte deles mesmos. Viu-se que quanto mais jovens, menos

seguros e mais agressivos. Relacionaram como comportamentos geradores de estresse: o cirurgião perfeccionista, muito exigente, irritado e que perde o controle (CAREGNATO; LAUTERT, 2005).

No transoperatório, o estresse provocado pela necessidade de uma cirurgia e todo o percurso percorrido até o CC gera sentimentos como nervosismo, medo, insegurança e tristeza no paciente cirúrgico. Os profissionais, além de todas as questões técnicas inerentes às suas funções, têm o papel de manter um ambiente harmônico, tranquilo e seguro, além de orientar e informar sobre o procedimento cirúrgico propriamente dito.

No trans a gente explica para ele todo o procedimento. [...] eles chegam nervosos, com medo. A gente tenta transmitir a maior segurança possível. Mostrar que está em um lugar seguro. Mesmo com os riscos, que isso tem aqui a gente faz tudo para o paciente [...] graças a Deus na maioria das vezes dá tudo certo (Ed31).

Apesar do relato de Ed31 sugerir uma assistência segura, humanizada e ética por parte dos profissionais do CC, percebeu-se que há impaciência quando o paciente não obedece aos comandos da equipe. Nas notas do diário de campo foi registrada uma cena presenciada. Era um paciente em confusão mental de 62 anos, com hemorragia subdural devido a um traumatismo, histórico de acidente vascular cerebral que estava contido com faixas transpassadas pelo abdômen e nos braços, amarradas às grades do leito. As faixas da região do tórax estavam muito apertadas e o anestesiolegista pediu para afrouxá-las. A circulante não o fez. Então, a acadêmica que acompanhou a pesquisa pediu licença para afrouxar a contenção, pois se preocupou com a possível pele lesionada em um paciente idoso prestes a se submeter a um ato cirúrgico. Foi administrada a medicação e o paciente manteve-se agitado. As circulantes começaram a perder a paciência e a dizer: “Fica quietinho, se não, você vai cair. Um homem dessa idade fazendo isso”. Quando houve a perda do acesso venoso, a falta de paciência das circulantes aumentou e chamaram a enfermeira e o anestesiolegista. Nesse período, houve brincadeiras quanto aos procedimentos com o paciente. Quando outro anestesiolegista chegou e disse: “Vou entubar de uma vez, ai para de incomodar”. Essa situação deve ser refletida de forma crítica em um hospital de ensino. A interação entre o profissional e o paciente cirúrgico deve considerar as características de cada pessoa. Isso pode minimizar o estresse, a ansiedade e o desgaste que a pessoa vivencia na cirurgia, além de proporcionar segurança, calma e tranquilidade (CALLEGARO *et al.*, 2010). A equipe multiprofissional não atua somente em situações confortáveis (ordem), mas devem estar organizados para todas as características imprevisíveis dos pacientes (desordem).

Por último, no que diz respeito à fase transoperatória, a observação possibilitou perceber que há também negligência em relação aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como o uso de óculos de proteção. Observou-se e foi registrado no diário de campo que a não utilização do EPI resultou em um acidente com material biológico que atingiu os olhos de um cirurgião e da instrumentadora, que não tomaram nenhuma atitude quanto ao fato. Outras condutas de risco foram observadas, como o não uso de luvas para a administração e o preparo dos medicamentos e a perfuração da bolsa de soro com o intuito de infundir com maior velocidade. Há ainda um ambiente informal de trabalho, os profissionais cantam, conversam sobre diversos assuntos, riem de piadas e acontecimentos compartilhados no momento da cirurgia, falam ao celular sobre assuntos diversos. Como exemplo, foi observado um profissional anestesiológico em uma longa discussão no celular sobre o conserto de seu carro na oficina, em pleno ato cirúrgico, gerando distrações e risco. Ademais, há interrupções frequentes durante as cirurgias. Essas situações distanciam a atenção e a concentração dos profissionais do ato cirúrgico, gerando insegurança cirúrgica. As distrações e interrupções frequentes podem contribuir para a ocorrência de erros na assistência à saúde (LEMOS; SILVA; MARTINEZ, 2012).

Na fase pós-operatória, assim como na pré-operatória, também se encontra uma série de dificuldades, a começar pelo pós-operatório imediato, que fica a desejar, na opinião de profissionais que atuam no pós-operatório externo ao CC.

A gente teve um caso de paciente que colocaram a placa de cautério sem gel e teve uma queimadura extensa de membro inferior. Ele veio para o CTI e foi aqui que foi observada essa lesão. [...] a gente sente falta de passagem de caso e de um exame físico do paciente antes que ele venha. [...] se esse paciente fosse examinado no pós-operatório imediato na sala de recuperação, a gente conseguiria fechar todos os elos da cadeia da cirurgia segura (Ei25).

O exame físico dos pacientes e a disseminação de informações que ocorrem de forma inadequada, segundo o entrevistado, são importantes ações para o pós-operatório imediato, que consiste em uma fase crítica para o paciente. Segundo Monteiro *et al.* (2014), o paciente fica vulnerável a diversas complicações, principalmente as de origem respiratória, circulatória e gastrointestinal. Ao admitir o paciente na Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), é necessária uma avaliação inicial pelo enfermeiro. Esse deve inspecionar o paciente, monitorando-o de forma que sejam avaliados todos os parâmetros vitais, além da realização do exame físico céfalo-caudal, com ênfase no local cirúrgico (MONTEIRO *et al.*, 2014) e na identificação de eventuais complicações ou incidentes, como o citado.

Uma importante ferramenta para a identificação e análise das complicações apresentadas pelos pacientes nessa fase é o Índice de Aldrete e Kroulik (IAK) que avalia a atividade muscular, a respiração, a circulação, a consciência e a saturação de oxigênio (CASTRO *et al.*, 2012). No CC em estudo, não há um enfermeiro exclusivo para a SRPA, há dois técnicos de enfermagem nos cuidados aos pacientes que, por vezes, ultrapassa o número máximo de sete pacientes. Esse cenário coloca em risco o paciente que se encontra dependente, sonolento devido à anestesia, demandando cuidados dos profissionais, o que se torna difícil, tendo em vista o grande número de pacientes na sala para prestar uma assistência segura, por sobrecarga de trabalho. O excesso de pacientes se dá pela falta de leitos no CTI e na unidade de internação da clínica cirúrgica.

Ainda na SRPA, observou-se que, apesar de se ter um termômetro conforme a legislação preconiza, a sala permanece com temperaturas baixas. Isso pode levar à hipotermia dos pacientes em pós-operatório, sendo um fator prejudicial, pois, de acordo com De Mattia *et al.* (2012), pode desencadear complicações como alterações respiratórias, tegumentares, cardiovasculares, dentre outras.

A falta de leitos na clínica cirúrgica e no CTI, a falta de profissional, a sobrecarga de trabalho e a atitude dos profissionais em higienizar e agilizar o recebimento dos pacientes são também questões pontuadas como problemas.

A demanda de pacientes é grande, o hospital não suporta, faltam leitos. O paciente fica preso no bloco aguardando leito. [...] Às vezes até tem o leito, mas o paciente fica mais que deveria por falta de boa vontade [...] (Ed13).

A única dificuldade é quando o paciente é para admissão no andar. [...] fica na recuperação o dia inteiro, está limpando o leito (Ed4).

O pessoal [da internação cirúrgica] tem um pouco de resistência pra receber o paciente, por questão de sobrecarga de trabalho, falta de funcionários, chega lá em cima atendem mal. [...] Podia ser melhor, essa integração (Ed8).

A única dificuldade que a gente tem é subir com o paciente, quando o paciente é admissão no andar. [...] tem paciente que fica na recuperação o dia inteiro, o leito tá limpando, limpando de cotonete, né? (Ed4).

As questões relatadas como problemas na fase pós-operatória se assemelham aos relatados da fase pré-operatória, quanto às questões que envolvem a conexão e a comunicação profissional. Por outro lado, se diferem por serem questões que necessitam de maiores aportes de recursos como a falta de leitos de retaguarda para o recebimento do paciente no pós-operatório, que está ligada a uma macropolítica que, embora possa ser influenciada pelos atores do hospital, estes não têm autonomia total.

A falta de leitos tem consequências como, cancelamento de cirurgias eletivas, atraso da admissão de pacientes em urgência cirúrgica e colocação dos mesmos em leitos inapropriados (clínico *versus* cirúrgico, feminino *versus* masculino). Somado a isso, há a dificuldade de transferência de pacientes entre alas e postergação de altas do CTI, elevando o tempo de permanência hospitalar (FARIA *et al.*, 2010). Mesmo quando há o leito disponível no hospital, são relatadas dificuldades de transferência do CC para a unidade cirúrgica devido à falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e processos inadequados de trabalho. A metáfora utilizada “limpando de cotonete” (os leitos na clínica cirúrgica) expressa a inconformidade com a lentidão de liberação de leitos. Portanto, as dificuldades são de natureza estrutural e profissional-pessoal, entre outras que comprometem as relações, a comunicação e o atendimento aos pacientes, contribuindo para a insegurança cirúrgica.

A falta de leitos de retaguarda e a impossibilidade de adiar a cirurgia do paciente pela sua necessidade, mesmo não tendo vaga no CTI, geram a permanência inadequada do paciente na sala operatória ou na SRPA. No caso dos pacientes que necessitam de CTI, a permanência no CC gera sérios riscos para os pacientes, uma vez que ele não tem a assistência adequada de cuidado intensivo.

[...] tem um paciente parado ali, não tem vaga de CTI. Só que não vou olhar tão bem quanto o intensivista que tem o hábito de dar atenção ao paciente grave. A gente tem costume com paciente grave só no período da cirurgia. Depois é CTI, eles têm conduta de exames, protocolos, que a gente não tem conhecimento e nem obrigação de ter. Não é minha especialidade (Ed17).

Um paciente no último plantão ficou três dias aguardando CTI aqui sem cuidado intensivista. Não que ele fique descuidado, de forma alguma! O anestesiológista acompanha, a gente está atento a qualquer alteração, mas ele não está no CTI, não tem profissional capacitado para isso aqui. [...] é um problema de fluxo do hospital e está virando rotina. [...] a média está ficando dois dias aguardando e deveria ir de imediato. Fica a desejar. Muito! (Ed29).

Um anestesiológista relata que não é o melhor profissional para acompanhar o paciente grave no pós-operatório, porque as especialidades são bem diferentes. A assistência “intensiva” pós-operatória imediata que tem acontecido no CC, além da segurança do paciente ser colocada em risco, faz com que a relação dos atores do CC e do CTI seja conflituosa e gere angústia dos profissionais de ambos os setores. Há problemas estruturais e uma justificativa é a elevada demanda por hospital público.

[...] alguns pacientes que a gente opera aqui é fundamental que vá direto para o ambiente de CTI [...] se ele continuar no bloco, o prognóstico não vai ser o mesmo se ele tivesse ido para o CTI. [...] a relação entre bloco e CTI, às vezes é conflituosa,

porque nem sempre o CTI pode receber o nosso doente. Mas o CTI de hospital público é assim mesmo, vive cheio! (Ed19).

[...] a gente fica na angústia de saber que tem um paciente lá no bloco prendendo sala, que não recebe naquele momento o cuidado e o tratamento médico mais adequado, porque ele tem indicação da terapia intensiva. Às vezes tem paciente de alta no CTI o dia inteiro, mas a gente não consegue tirá-lo daqui (Ei25).

O pós-operatório é realizado na enfermaria cirúrgica e no ambulatório. Na enfermaria de clínica cirúrgica, a transferência de cuidados à beira do leito e a corrida de leito individual e multiprofissional são estratégias para a articulação e comunicação das necessidades para o cuidado pós-operatório. No ambulatório, são acompanhados os pacientes que realizaram cirurgia no hospital, e também aqueles que se encontram em tratamento conservador.

A gente pega plantão no leito. É diferente de pegar dentro da sala. Na beira do leito é muito melhor, você consegue observar as coisas, para priorizar os cuidados na corrida de leito que você faz depois [...] é diferente você estar com o médico, discutindo as coisas para agilizar procedimentos. Exemplo, paciente da cirurgia geral vai retirar um dreno, na corrida de leito a gente sabe, aí providência o material em vez de esperar o médico solicitar (Ei7).

A gente faz o pós-operatório de todos os nossos pacientes no ambulatório, que é eminentemente cirúrgico [...] faz o acompanhamento deles de acordo com a necessidade, inclusive, tratamento conservador de fratura, que não precisou operar. Se precisar operar, ele é agendado e marca (Ed21).

A corrida de leito multiprofissional é uma estratégia importante para o aprendizado dos alunos e residentes, por ser um hospital de ensino, bem como para os profissionais interagirem e terem um momento de discussão das situações. No entanto, durante o período de observação, pode-se visualizar que as enfermarias ficam cheias durante a passagem da equipe multiprofissional. Em uma delas, havia 12 pessoas, entre preceptor, enfermeiro, fisioterapeuta, residente e acadêmico, além dos pacientes e seus familiares. Isso gera ruídos, principalmente devido às conversas paralelas que vão acontecendo, tirando o foco do cuidado. Além disso, observou-se curiosidade e certo desconforto dos pacientes em saber o caso do outro paciente (vizinho de leito) e, ao mesmo tempo, ter o seu caso exposto para a enfermaria toda, ou seja, observou-se falta de privacidade para os pacientes. A escuta do paciente, por vezes, foi interrompida e as orientações passadas não eram entendidas pelo paciente. O desconforto foi também devido à corrida de leito coincidir com o horário de banho dos pacientes, que ficavam sem saber o que fazer. Observou-se que o preceptor e os residentes não lavavam as mãos entre um paciente e outro, apesar de tocá-los sem luvas, levantando a roupa para visualizar a ferida operatória, suspendendo um dreno para avaliação, abrindo um

curativo. Outros apoiavam o pé em uma parte de ferro da cama abaixo do colchão. Essas situações, para pacientes com sistema imunológico frágil geram riscos de infecção. Além disso, na maior parte das vezes, a equipe não usou capote para pacientes com indicação de precaução por contato, inclusive tocavam os mesmos sem o uso de luvas.

Em estudo realizado em uma UTI de Natal-Rio Grande do Norte (RN), com objetivo de compreender os sentimentos de pacientes que vivenciam a passagem de plantão à beira leito, o autor recomendou a transferência de cuidados em dois espaços distintos: em um ambiente reservado para serem feitas observações que poderiam causar ansiedade e constrangimento, como questões sobre quadro clínico e prognóstico, grau de dependência, tipo de banho, eliminações, intercorrências, e; posteriormente, à beira leito para abordar questões práticas a respeito de acesso venoso, sonda, drenos, cateteres, sempre explicando ao paciente o procedimento que será realizado e ouvindo as necessidades que ele tem a expor (PEREIRA, 2011). Essa pode ser uma estratégia interessante para ser utilizada no hospital em estudo para a transferência de cuidados e corrida de leito que os profissionais realizam.

O macro já não é um local maior que o micro, que pode ser encaixado como as bonecas *Matryoshka* russas (LATOURE, 2012). A rede intra-hospitalar que ocorre todo o perioperatório, já não é um local maior que o micro, neste caso os diversos setores (internação, CC, CTI, ambulatório). É um lugar igualmente local e micro, conectado a muitos outros por algum meio que transporta tipos de traços específicos. Ou seja, nenhum lugar é maior que outro, mas alguns como o CC que é o ápice do perioperatório, se beneficiam de conexões com outros lugares. Esse movimento tem o efeito benéfico de manter a paisagem plana, pois o que, antes, se situava "acima" ou "abaixo" (hierarquia de setores e profissionais), permanece lado a lado, inseridos no mesmo plano dos outros locais que tentavam superar ou incluir.

## 4.2 Situações de segurança e de insegurança nos procedimentos cirúrgicos

A construção de um fato é um processo tão coletivo que uma pessoa sozinha só constrói sonhos, alegações e sentimentos, mas não fatos (LATOURE, 2000, p.70).

Procurou-se, nesta categoria, elucidar as situações de segurança e de insegurança nas cirurgias, na perspectiva dos profissionais. Segundo Valido (2011), a segurança do paciente, dimensão essencial da qualidade em saúde, assume primordial importância em ambiente de centro cirúrgico, na medida em que se trata de um ambiente técnico, de grande diferenciação,

cuja estrutura, além de ser complexa, tem uma dinâmica específica que impacta em seus resultados. Esta categoria está estruturada nas seguintes subcategorias: (4.2.1) cirurgia segura e cirurgia insegura: imbricações de atores humanos e não humanos; (4.2.2) onda vermelha: situação de caos que salva vidas; (4.2.3) efeito borboleta: pequenas ações podem resultar em grandes incidentes na assistência cirúrgica?; e, (4.2.4) abordagem institucional frente aos incidentes: efeitos da cultura organizacional.

#### ***4.2.1 Cirurgia segura e cirurgia insegura: imbricações de atores humanos e não humanos***

Buscou-se compreender o sentido que os profissionais atribuem para um procedimento anestésico-cirúrgico seguro e um que gera insegurança para o paciente e para o profissional. As expressões foram multidimensionais e, paradoxalmente, a certeza e a dúvida da segurança cirúrgica no hospital estiveram presentes nas falas.

Eu acho que apesar das dificuldades, a maioria das nossas cirurgias é considerada segura. Sem dúvida! (Ed21).

Não sei te falar se a maioria é segura ou se a maioria ainda está com essa insegurança de cumprir todos os processos (Ei23).

São vários fatores que se deve levar em conta pra definir se a cirurgia é segura ou não (Ed13).

A reflexão sobre as causas que concorrem para a segurança ou a insegurança anestésico-cirúrgica se insere no campo do pensamento complexo, o qual é articulante e multidimensional. Segundo Morin (2003a), o desafio do pensamento complexo é articular os domínios disciplinares fraturados pelo pensamento desagregador, principal característica do pensamento simplificador. Este isola o que separa, oculta tudo o que religa, diz que o compreender e o entender significam interferir no real. Segundo o autor, o pensamento complexo almeja a um conhecimento multidimensional e poético (que manifesta novidade, criação e temporalidade).

A assistência anestésico-cirúrgica envolve múltiplas etapas que são críticas, plenas de variação e de incerteza com riscos de falhas e potencial para causar agravos aos pacientes, mesmo em cirurgias mais simples. As etapas devem ser acionadas para cada paciente de forma interdisciplinar, com dependência da ação individual dos profissionais e são exercidas em ambientes onde fatores organizacionais e humanos desempenham papel fundamental numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos (OMS, 2009;

FRAGATA, 2010). Essa interação não era possível na definição pré-relativista do social. Primeiro, aparecia o participante humano e, depois, o mundo social mais além. Nada que não fosse formado por laços sociais podia fazer conexão com os humanos. Atualmente, é o contrário: os humanos e o contexto social foram relegados aos bastidores; a luz incide sobre os mediadores, cuja proliferação engendra, entre muitos outros entes, o que se chamaria de quase objetos e quase sujeitos (LATOUR, 2012).

Os relatos dos profissionais indicam que o desfecho anestésico-cirúrgico seguro ou inseguro se relacionaram às conexões dos atores humanos e não humanos. Os não humanos se arrolaram à capacidade interna do hospital, desde as suas condições estruturais até os processos de preparo do paciente e o ato cirúrgico em si. Os fatores relacionados aos atores humanos foram aspectos que extrapolam o hospital, desencadeados tanto pelas características biopsicossociais do paciente quanto pelas características e competência dos profissionais. Segundo Latour (2012, p. 341), “o social não é um lugar, uma coisa, um domínio ou um tipo de matéria e sim um movimento provisório de associações novas”. Assim, propõe-se para esta discussão a configuração do tetragrama de atores não humanos e humanos (condição estrutural, processos de trabalho, características do paciente e atitudes profissionais), que são interdependentes para a realização de uma assistência cirúrgica segura.

As condições estruturais, divididas em quatro subgrupos (espaço físico, equipamentos, materiais e medicamentos), foram aspectos importantes citados pelos profissionais para a segurança cirúrgica. O espaço físico do CC foi considerado inadequado, apesar da importância desta unidade para a missão do hospital.

O número de salas é pequeno. Às vezes a urgência fica esperando desocupar sala de eletiva. [...] A diretoria falou em ampliar, mas, mais salas têm que ter mais circulante, anestesistas [...] O valor financeiro acaba sendo alto (Ed16).

Cirurgias eletivas, eu tenho que cancelar todos os dias, três ou quatro. Chegou uma urgência, a gente perde a sala. A vascular, a neuro e a cirurgia geral tem casos de urgência, a gente perde a sala. Não tem CTI, a sala fica presa. O fluxo de cirurgias eletivas ortopédicas não funciona (Ed22).

O CC é composto por: área de recepção do paciente (secretaria); vestiário feminino e masculino para profissionais; área com banheiro para troca de roupas de paciente externo; seis salas cirúrgicas; área de escovação; sala de enfermagem; quarto de descanso para a equipe médica; sala de prescrição; farmácia satélite; área acoplada à farmácia específica para a guarda de órtese e prótese; sala de recuperação pós-anestésica; arsenal; área improvisada de estoque de equipamentos de imagem (raio X e intensificador); sala de equipamentos como

carro de anestesia, aparelhos de pressão intra arterial. A sala de espera para pacientes externos e familiares se localiza distante do CC, fazendo com que a espera ocorra nos corredores à frente da secretaria do CC.

O CC atende cinco especialidades: cirurgia geral, vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e ortopedia. As seis salas foram consideradas insuficientes pela demanda, principalmente de cirurgias ortopédicas. O quantitativo de salas é determinado por legislação, de acordo com o número de leitos do hospital. São duas salas cirúrgicas para cada 50 leitos não especializados ou duas para cada 15 leitos cirúrgicos (BRASIL, 2002b). No hospital, são 239 leitos não especializados, indicando que seriam necessárias mais três salas cirúrgicas para adequar à legislação. Pelo cálculo do total de leitos cirúrgicos, que são 129 leitos, seriam necessárias mais onze salas para alcançar o mínimo solicitado pela legislação.

Esse déficit gera disputa entre as cirurgias eletivas e as de urgência, e subsequente tratamento ineficiente. Há uma sala específica para as emergências, mas as urgências dependem da liberação de salas, o que pode gerar riscos para os pacientes, além de atraso ou cancelamento de cirurgias devido à falta de sala cirúrgica. A queixa dos profissionais deve ser levada em consideração para maior resolutividade do CC, adequação à legislação e alcance da visão institucional em ser referência para trauma. Além do número de salas há problemas relacionados aos processos de trabalho dos profissionais.

[...] um bloco de seis salas, não consegue operar dez casos por dia. A ineficiência vem desde a limpeza e troca de sala, horário de início, não funciona antes de oito! Os horários de almoço se estendem, a partir de 11:30 horas e só se consegue voltar a operar duas horas da tarde. [...] Não existe eficiência com o intuito de operar mais pacientes. Pelo contrário! O que eu entendo é que quanto menos, melhor (Ed22).

[...] a gente trabalha com muita condição. Extra bloco é que é o problema, [...] poderia ser mais produtivo, esse bloco (Ed17).

As inadequações da estrutura física podem estar ligadas à arquitetura antiga e falta de planejamento financeiro para reformas embasadas nas necessidades de saúde e missão do hospital. Por outro lado, falta melhoria na estrutura do CC, que resulta em baixa produtividade, mas pode ser resolvida com uma liderança eficaz que estabeleça metas de produção que não devem ser rígidas para não acarretar má qualidade e insegurança cirúrgica. A resolutividade também pode ser mais bem desenvolvida por meio do acompanhamento dinâmico das metas estabelecidas no contrato de gestão com a Secretaria Municipal e/ou a Secretaria de Estado de Saúde. O entrevistado fala do problema extra bloco que pode ser sintetizado pela falta de leitos de retaguarda para os pacientes cirúrgicos, resultando em

retenção de pacientes, de forma inadequada, no CC, com conseqüente aumento de riscos para os pacientes. Esse tem sido um problema recorrente na área de urgência, tendo em vista que leitos de observação, frequentemente, se transformam em leitos de internação.

A insuficiência de salas e falta de melhorias das mesmas acarretam situações inseguras, como cirurgias fora do CC e tratamento intensivo prestado fora do CTI.

[...] não acontece uma cirurgia segura quando tem laparotomia no CTI que é um ambiente inadequado, mas o bloco não conseguiu liberar sala [...] nem sempre é porque o paciente não tem condição, na grande maioria ele tem condição de ir para o bloco, mas não tem sala. Aí já queimou todas as etapas, porque quem vai auxiliar o médico, vai ser a enfermagem do CTI, que não tem a experiência para garantir que essa cirurgia seja organizada da melhor maneira. [...] são realidades muito diferentes! (Ei25).

O CTI está sempre cheio [com ênfase]. Quando não tem [leito], o paciente fica na sala, a sala vira um box de CTI, aguardando vaga (Ed9).

[...] vai fazer cirurgias grandes e não tem CTI, isso torna a cirurgia e a anestesia totalmente inseguras (Ed17).

A indisponibilidade do espaço físico, no momento adequado para o paciente, pode ser um fator de insegurança, uma vez que um setor faz o papel do outro sem a devida preparação. O leito de CTI se torna uma sala operatória e esta se torna um box de CTI como tática, respectivamente, para a falta de sala no CC e de leitos no CTI. Essa inversão de função das unidades é tão frequente que passa a ser natural, introduzindo o aspecto de adaptação como rotina. Outros aspectos estruturais negativos também foram mencionados, como o local inadequado do heliporto que fica atrás do estacionamento e a falta de uma unidade semi-intensiva, que faz com que, muitas vezes, se ocupe um leito de CTI sem necessidade.

As condições estruturais do ambiente de cuidados é um elemento básico para a qualidade da assistência citado por vários autores, incluindo Florence Nightingale (NEUHAUSER, 2003) e Avedis Donabedian, que introduziu, em 1966, a estrutura como elemento de avaliação dos serviços de saúde (OMS, 2009; DONABEDIAN, 2005). Pesquisas sobre a qualidade hospitalar no país evidenciam deficiências nas estruturas. Muitos hospitais foram edificadas em cumprimento a promessas eleitorais, sem preocupação com fatores importantes, como as necessidades de saúde, capacidade institucional e sustentabilidade financeira (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Em relação aos equipamentos, foram relatadas disparidades tecnológicas, entre aqueles com e sem densidade tecnológica. Esses últimos foram considerados precários, com

necessidade de substituição e os equipamentos com alto grau tecnológico foram referidos como avançados e alguns até melhor do que em hospitais particulares.

Nossas mesas cirúrgicas não são todas adequadas para o bloco. [...] Precisa trocar, mas são materiais caros. Tem o pedido de compra, mas ainda aguarda ser viável a substituição (Ed28).

A gente briga por causa de punho de foco, coisinhas pequenas, pra muita gente não faz diferença, mas na cirurgia faz (Ed4).

Tem uma aparelhagem muito boa, tem ultrassom, estimulador de nervo pra fazer bloqueios, que muito hospital bom não tem e aqui tem! (Ed17).

Uma lesão de diafragma, que eu poderia explorar por videocirurgia, acaba fazendo cirurgia aberta, fazendo uma morbidade! [...] todos os hospitais públicos hoje em dia tem aparelho de vídeo cirurgia, a gente não tem (Ei20).

Foi possível identificar que os atores não humanos interferem nas relações humanas causando conflito para a sua conquista, como no exemplo do punho de foco, um acessório básico que se coloca no foco de luz cirúrgico para focalizar melhor o procedimento. A ausência do aparelho de videocirurgia, conforme mencionado, causa maior sofrimento para os pacientes devido a realização de uma ferida operatória maior. Esses equipamentos seriam exemplos de conectores, conforme sinaliza Latour (2012), pois traçam conexões sociais, não são "conexões feitas de social", mas novas associações entre elementos não sociais.

A inadequação dos equipamentos considerados simples pode repercutir na ergonomia dos profissionais, ou seja, os equipamentos afetam o corpo dos profissionais, conforme aponta Latour (2009) sobre a articulação e afetação do corpo em relação aos não humanos (espaços e objetos) e aos humanos. A pesquisa sobre não conformidades em hospitais de Minas Gerais, também mostrou que os equipamentos simples diminuem os riscos para os pacientes, mas não são considerados imprescindíveis por não repercutirem de forma direta na cirurgia, sendo, de certa forma, desvalorizados no planejamento financeiro e na prioridade de aquisição em relação aos equipamentos com alto grau de tecnologia (RIBEIRO, 2011). Os pressupostos econômicos dificultam a implantação da segurança e intervenção adequada por limitação, inadequação ou escassez de recursos materiais e suporte tecnológico (MARTÍNEZ QUES; MONTORO; GONZÁLE, 2010). Alguns equipamentos podem ser considerados pouco importantes em detrimento de outros, mas fazem a diferença para uma assistência segura. Contudo, não basta somente ter o equipamento, deve-se prezar por sua manutenção corretiva e preventiva, para que sejam utilizados em toda a sua capacidade operacional. A rede de gases em pleno funcionamento também foi pontuada como preditor para a cirurgia segura.

Uma [cirurgia] insegura começa por não ter o equipamento! Outra! Equipamento descalibrado, você colocou um bisturi 200 watts de potência, [mas não é garantido] que ele esteja dando mesmo. [...] se não conseguir garantir isso, é muito [ênfase] inseguro, crítico. [...] a insegurança nossa é garantir que tenha o equipamento em caso de falha de algum (Ei1).

A cirurgia insegura: [...] equipamentos de qualidade ruim [...] [sem] contrato de manutenção frequente, porque estragam muito. [Segura] é ter um aparelho reserva de anestesia caso dê algum problema. Rede de oxigênio, de vácuo se está tudo funcionando bem, faz muita diferença (Ed17).

É importante que o parque tecnológico dos hospitais conte com equipamentos extras para a reposição daqueles que estão em manutenção, uma vez que, como os atores humanos, os atores não humanos também são passíveis de falhas, sendo necessário o seu reparo. Isto se apresenta como um gargalo na instituição que deve elaborar e implantar um plano de gerenciamento de suas tecnologias, conforme preconizado na RDC nº 02/2010 (BRASIL, 2010), possibilitando realizar um histórico institucional para planejar e prever o quantitativo necessário de equipamentos para uso e para substituição.

Um importante ponto abordado foi a necessária rotina de teste dos equipamentos antes do início da cirurgia. Essa ação é um fator crítico de sucesso para a cirurgia segura, sendo, inclusive, item contemplado no *checklist* de cirurgia segura da OMS.

Eu falo sempre “gente vai começar uma cirurgia, você não testa o equipamento antes?” O equipamento pode parar. Você pode pegar seu carro na garagem, bater a chave e ele não ligar. Aí você vai abrir o paciente pra depois ver se tem o equipamento que funciona ou não (Ei1).

As falhas dos equipamentos são multifatoriais, como fatores básicos (quebra ou defeito de fabricação), fatores externos (falta de eletricidade ou interferência no momento da desfibrilação) e causas decorrentes do erro humano. Esta última é a mais comum e decorre de conhecimento inadequado, falta de experiência e de supervisão, inadequada checagem diária e falta de manutenção preventiva (DYSON; SMITH, 2002).

Os materiais também foram apontados como preditores importantes para a uma cirurgia segura, tanto nos aspectos ligados à sua ausência ou dificuldade de aquisição quanto no que se refere às propriedades de esterilização ou fabricação. Os profissionais, em sua maioria, consideraram os materiais disponibilizados no hospital de qualidade satisfatória.

Insegura quando coloco o paciente em sala e o material não está estéril (Ei3).

[...] cada cirurgião, principalmente o ortopédico, tem preferência por um material. [...] Sem o material você não consegue fazer quase nada (Ed12).

[...] material, tudo que a gente precisa demora, porque tem uma limitação, que é do financiamento do hospital, é uma verba que demora, tem que fazer proposta, projeto, licitação. Demora um pouco, mas chega (Ei30).

[...] prótese ortopédica, neurológica, vasculares, são materiais importados, caros, que são muito bem armazenados, guardados, liberados, com muita cautela. Os nossos materiais são de primeira linha [com ênfase]. [...] nós começamos a utilizar, há um mês, materiais descartáveis no bloco (Ei5).

A preferência e escolha do fabricante do material é uma exceção na realidade de um hospital público. À primeira vista, pode ser uma vantagem, mas há o risco de desconsideração da padronização institucional pelo perfil dos pacientes e aumento de custos. E, ainda, há morosidade na aquisição em hospitais públicos.

Em relação ao uso recente de materiais descartáveis no CC, alguns materiais já são descartáveis há muito tempo. Nesse caso, o entrevistado se referiu a campos e aventais descartáveis que contribuem para a segurança. No entanto, uma enfermeira da CME relatou que está sendo difícil a implantação por resistência dos profissionais. A eficácia desses materiais está na capacidade de se constituir barreira por ser impermeável a líquidos, impedindo a passagem de microorganismos para a incisão cirúrgica, o que vai ao encontro das melhores práticas para vestuário e campos, orientadas pelo *Center for Disease Control* (MANGRAN *et al.*, 1999).

Os medicamentos também foram apontados como recursos importantes no ato cirúrgico. Foram relatados pelos profissionais aspectos do abastecimento e dos erros de administração, que podem levar o paciente ao óbito.

[...] aqui não falta medicação! [com ênfase] Se um médico quer um medicamento que é não padrão, a farmácia compra, o hospital libera (Ei15).

São medicações que podem levar a óbito, se for dosagens incorretas (Ed13).

Conforme os relatos, o abastecimento de medicamentos é satisfatório na instituição, o que contribui para a qualidade da assistência cirúrgica. Contudo, o CC é um lugar em que erros relacionados a medicamentos podem resultar em graves incidentes. Estudiosos do IOM concluíram, após averiguação de diversos trabalhos publicados sobre erros de medicação, que cada paciente internado em hospitais nos EUA está sujeito a um erro de medicação por dia (ASPDEN *et al.*, 2007).

Os eventos adversos, relacionados a medicamentos em CC encontrados na literatura, focam mais naqueles relativos à anestesiologia. Em um estudo canadense, dos 1.038 eventos farmacológicos anestésicos relatados, 15 (1,4%) geraram morbidades importantes, incluindo

quatro óbitos (ORSER; CHEN; YEE, 2001). Dos 61 anesthesiologistas participantes de um estudo brasileiro, em Santa Catarina, 91,8% afirmaram ter cometido algum erro de administração de medicamentos, somando um total de 274 erros, com média de 4,7 erros por entrevistado (ERDMANN *et al.*, 2016). O erro mais comum foi substituição (68,4%), seguido por erro de dose (49,1%) e omissão (35,0%). Ocorreram principalmente no período matutino (32,7%), na manutenção da anestesia (49,0%), com 47,8% sem danos ao paciente e 1,7% com dano irreversível. Os possíveis fatores mencionados foram distração, fadiga e a leitura errada dos rótulos de ampolas ou seringas (ERDMANN *et al.*, 2016). Assim, é fundamental que todos os hospitais estabeleçam políticas para garantir a segurança do sistema de medicação (WHO, 2008), mesmo dentro de um setor fechado como o CC.

Os aspectos referentes ao preparo do paciente para o ato cirúrgico necessitam ser analisados. A identificação do paciente foi apontada como o primeiro fator para uma cirurgia segura, juntamente com o preenchimento completo do formulário de solicitação de hemocomponentes.

Primeiro para uma cirurgia insegura: identificação. Eu não recebo [no laboratório] nenhum material sem identificação, preciso garantir ao médico que o exame está com o resultado certo, [...] preciso passar o resultado fiel pra ele (Ei24).

Eu acho que primeiramente identificação segura no tubo de amostra do paciente, ter certeza que aquela amostra é dele (Ei18).

Pelo relato do profissional há uma contradição, ele relata que a identificação é importante para a segurança, no entanto afirma que precisa garantir “ao médico” a correta identificação do paciente. A identificação é uma informação que tem que estar correta para toda a equipe multidisciplinar, para que haja sucesso do conjunto de ações, sendo o paciente o mais interessado e não o médico.

Durante a observação do cenário, foi possível verificar cenas de falhas na identificação dos pacientes, constituindo gargalo para a segurança do paciente, como no exemplo descrito a seguir. Um paciente de 85 anos foi admitido em quadro de abdome agudo obstrutivo para laparotomia exploradora, com histórico de ausência de evacuação por 10 dias e redução do nível de consciência e sinais vitais alterados. Observou-se que, no prontuário, havia folhas com nomes diferentes e na pulseira do paciente um dos nomes se confirmava. A circulante foi avisada sobre os nomes diferentes e que havia orientação para precaução por contato (*staphylococcus aureus*). A circulante se irritou por não ter percebido ou não ter sido avisada sobre a precaução de contato. Disse que já não adiantava mais nada. Quanto aos nomes no

prontuário, avisou a enfermeira supervisora, que saiu da sala sem dizer o que iria fazer. A circulante permaneceu na sala sem saber se podia ou não preparar o paciente. Chegou à sala cirúrgica dizendo: “Ninguém veio, a gente nem sabe se é o mesmo paciente”, e chamava pessoas em voz alta no corredor. Chegaram, por fim, residentes, anestesista e preceptor. A equipe foi informada sobre a identificação incorreta e eles começaram a discutir. O equívoco se agravou quando observaram que paciente estava com fralda e havia evacuado. A questão era a seguinte: se o diagnóstico era abdome agudo por obstrução ou o paciente não precisava mais de cirurgia ou não era ele para aquela cirurgia. O preceptor e a equipe tentavam solucionar o problema. Um residente perguntou ao paciente o seu nome e esse respondeu duvidosamente. Por fim, a supervisora de enfermagem chegou e informou que na noite anterior, na unidade de internação, havia sido feita troca de leitos 513 para o 521 e vice-versa. Nesse movimento, houve a troca de papéis dos prontuários. O paciente estava correto. Até aquele momento, o quadro de *time out*, disposto na sala operatória, não tinha sido preenchido. Após o início do preparo do paciente, o profissional responsável pelo preenchimento do *time out* chegou e começou a fazer perguntas para a equipe e a preencher o *checklist* no sistema informatizado MV. Ou seja, a falha de identificação não foi constatada pelo profissional do *checklist*, foi verificada por uma pessoa externa.

Pelo exemplo mencionado foi possível verificar a importância de se trabalhar com a correta identificação dos pacientes nos serviços de saúde. Tanto que essa foi a primeira meta nacional de segurança do paciente nos EUA, em 2003, e, em 2010, se tornou meta internacional (WHO, 2007; CBA, 2010). No entanto, ainda permanecem cenários como o deste estudo e como o encontrado em pesquisa realizada em Minas Gerais, na qual 45,95% dos 37 hospitais estudados não tinham metodologia para identificação da totalidade dos pacientes (RIBEIRO *et al.*, 2014).

A maioria dos entrevistados relatou como procedimento anestésico-cirúrgico seguro o eletivo, realizado com tranquilidade e embasado no conhecimento prévio do paciente por meio do pré-operatório. As urgências e, principalmente, as emergências (Onda Vermelha) foram consideradas inseguras.

[...] cirurgia insegura é a onda e a com segurança é a eletiva, que tem mais tempo de fazer tudo bonitinho (Ed4).

[...] segura é cirurgia marcada. Insegura é quando é urgência (Ei27).

Hoje se tem todos os dispositivos para fazer uma cirurgia segura, principalmente a eletiva. Eletiva não tem justificativa pra fazer uma cirurgia insegura, dá pra prever

tudo (Ed10).

Anestesia segura seriam procedimentos eletivos. O paciente está preparado, compensado, você vai ver exames antes, escolher a melhor técnica, você tem tempo! Anestesia insegura você tem que fazer em segundos, [...] uma emergência [...] ter que fazer sob pressão e em pouco tempo (Ed9).

Uma urgência é: “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e uma emergência é: “[...] a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CFM, 1995). Estudos mostraram que cirurgias de emergência e urgência foram preditoras de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) e óbito. A maioria dos pacientes com ISC em um hospital público de ensino foi submetida a procedimentos de emergência e urgência que predispõe este tipo de infecção devido à instabilidade do paciente e falta de tempo para o preparo adequado da pele (BARBOSA *et al.*, 2009). Houve associação entre cirurgias de urgência e emergência e o risco aumentado de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2012; PATIL *et al.*, 2011; CALIL *et al.*, 2010).

Os pacientes submetidos à cirurgia de urgência estão em risco aumentado para complicações e morte, mas, mesmo em cirurgia de rotina, há a interação complexa entre os atores humanos e os atores não humanos para o cuidado eficaz e no tempo certo (WEISER *et al.*, 2010). O relato de Ed10 aponta que nas cirurgias eletivas há como prever tudo, mas há ocorrências imprevisíveis, mesmo em um cenário aparentemente previsível. Essa visão remete à percepção diminuída dos riscos inerentes às cirurgias pelos profissionais.

Temos poucas intercorrências dignas de nota [...] que eu saiba não temos relatos de nenhum erro transfusional que tenha sido fatal, ou muito sério (Ed21).

Falar de uma cirurgia insegura (pausa) Eu não sei por que eu nunca passei por isso. [...] Ai vou falar uma coisa que eu acho e não que eu já presenciei! Por exemplo, eu acho se ali tiver gente que não tem experiência para ocupar aquele cargo (Ed31).

As cirurgias de urgência e emergência, por sua imprevisibilidade, rapidez e pouco tempo para uma avaliação prévia do paciente, são procedimentos em que há mais risco. Cirurgias eletivas são mais previsíveis e o componente tempo é favorável e grande aliado, configurando-se como procedimento de maior segurança. Contudo, e apesar da separação da Hoje se tem todos os dispositivos para fazer uma cirurgia segura, principalmente a eletiva. Eletiva não tem justificativa pra fazer uma cirurgia insegura, dá pra prever tudo (Ed10).

Anestesia segura seriam procedimentos eletivos. O paciente está preparado, compensado, você vai ver exames antes, escolher a melhor técnica, você tem tempo! Anestesia insegura você tem que fazer em segundos, [...] uma emergência [...] ter que fazer sob pressão e em pouco tempo (Ed9).

Uma urgência é: “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e uma emergência é: “[...] a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CFM, 1995). Estudos mostraram que cirurgias de emergência e urgência foram preditoras de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) e óbito. A maioria dos pacientes com ISC em um hospital público de ensino foi submetida a procedimentos de emergência e urgência que predispõe esse tipo de infecção devido à instabilidade do paciente e falta de tempo para o preparo adequado da pele (BARBOSA *et al.*, 2009). Houve associação entre cirurgias de urgência e emergência e o risco aumentado de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2012; PATIL *et al.*, 2011; CALIL *et al.*, 2010).

Os pacientes submetidos à cirurgia de urgência estão em risco aumentado para complicações e morte, mas, mesmo em cirurgia de rotina, há a interação complexa entre atores humanos e atores não humanos para o cuidado eficaz e no tempo certo (WEISER *et al.*, 2010). O relato de Ed10 aponta que nas cirurgias eletivas é possível ter uma maior previsão e, mesmo num cenário aparentemente seguro, ainda haverá fatores imprevisíveis. Essa visão remete à percepção diminuída dos riscos inerentes às cirurgias pelos profissionais.

Temos poucas intercorrências dignas de nota [...] que eu saiba não temos relatos de nenhum erro transfusional que tenha sido fatal ou muito sério (Ed21).

Falar de uma cirurgia insegura (pausa) Eu não sei, porque eu nunca passei por isso. [...] Aí vou falar uma coisa que eu acho, não que eu já presenciei! Por exemplo, eu acho se ali tiver gente que não tem experiência para ocupar aquele cargo (Ed31).

As cirurgias de urgência e emergência, por sua imprevisibilidade, rapidez e pouco tempo para uma avaliação prévia do paciente são procedimentos em que há mais risco. Cirurgias eletivas são mais previsíveis já que o componente tempo é favorável e grande aliado, configurando-se como procedimento de maior segurança. Contudo, apesar da separação da natureza das cirurgias, ao se falar de segurança, vislumbra-se algo paradoxal sobre a linearidade nas falas a seguir: cirurgia eletiva → cirurgia segura em hospital de ensino.

Na cirurgia eletiva [...] tem cirurgião que conhece o paciente na mesa cirúrgica, porque quem olhou foi o residente e ligou para ele: “Tem um caso, posso marcar para operar?”. “Pode! Marca que a gente opera junto.” O jeito que o residente olha, não é o jeito que o preceptor olha o paciente! (Ed19).

Primeiro passo [para cirurgia segura], quando o cirurgião conhece o paciente e já peguei várias situações que ele não sabe. Entra aqui um kinder ovo, né, uma bolinha surpresa, ali você vai cavando, você vai descobrindo coisa que é muito relevante para a segurança do paciente (Ed29).

A característica fundamental da segurança citada na cirurgia eletiva foi uma avaliação prévia do paciente, embora, muitas vezes, a avaliação tenha sido feita por outro médico e o cirurgião toma conhecimento do paciente só no momento do ato cirúrgico. Não há reunião de equipe, discussão de caso e avaliação pelo profissional que dará continuidade na assistência. Assim, a natureza eletiva, urgente ou emergente, torna-se apenas uma dimensão e não um critério preponderante para a segurança.

A especificidade do procedimento, a técnica cirúrgica escolhida, a necessidade de abordagem posterior ao procedimento realizado, devido à escolha ou falha da técnica, e o nível de cuidado necessário após o procedimento cirúrgico foram mencionados como fatores importantes que propiciam a segurança.

Insegura? Uma laparotomia, cirurgia de coluna, de fêmur [...] (Ei7).

Insegura? Paciente entra pra fazer uma apendicite tranquila, [...] sai com uma laparotomia enorme, a barriga toda aberta por imperícia do cirurgião (Ed28).

[...] caso de fraturas expostas, o pessoal faz os primeiros socorros e fica na dúvida se faz a cirurgia ou coloca um fixador. Às vezes coloca o fixador externo e coloca errado, tem que voltar pra refazer o fixador. Às vezes faz uma cirurgia, mas infecciona, não lava direito, aí tem que fazer a cirurgia de novo, colocar outra prótese. Isso é uma cirurgia insegura (Ei27).

[Cirurgia insegura] as que precisam de um pós-operatório de CTI (Ei7).

As situações mencionadas para uma cirurgia segura ou insegura refletem a experiência e cultura dos profissionais. O acompanhamento em uma unidade intensiva, após a cirurgia, conforme mencionada por Ed17, remete à ideia de cirurgia insegura, provavelmente ligada ao nível de agravamento da situação clínica do paciente. Essa percepção reproduz a cultura da sociedade, na qual o CTI é um lugar apenas de pacientes em condições extremas. O tempo, também, é relatado como fator de mais ou menos risco para os pacientes, ou seja, o tempo de preparo para a cirurgia e a duração da mesma.

[...] cirurgia insegura: tempo! [com ênfase] Tempo cirúrgico prolongado, exposição a anestésico prolongado, cavidade aberta (Ed9).

[...] “quantas horas?”, “2 horas”. O anestesta anestesia para 2 horas, aí passa, tem que fazer nova anestesia, risco de contaminação maior (Ei15).

A segura é quando tem tempo pra montar a sala. Você abre os materiais todos estéreis [...] Quando tudo é feito com mais calma! (Ed4).

O tempo foi considerado fator determinante para segurança, tanto para a realização do procedimento quanto para o preparo da sala e do paciente. A montagem da sala operatória é realizada pelo técnico de enfermagem circulante, sob a supervisão do enfermeiro, e consiste na colocação de equipamentos e materiais para cada tipo de cirurgia. Deve ser realizada e fiscalizada antes mesmo do paciente entrar no CC. No entanto, este processo parece não receber a atenção necessária por ser visto como rotina e não como ação essencial para a segurança do paciente. Com a evolução da tecnologia, variedade de materiais e aumento de intervenções cirúrgicas, tem-se exigido maior envolvimento e atualização dos profissionais (LIMA; SOUSA; CUNHA, 2013).

A duração de uma cirurgia pode ser influenciada por interrupções, falhas na comunicação, familiaridade entre membros da equipe cirúrgica e imprevisibilidade dos casos não planejados, levando à ineficiência e aumento dos custos (GILLESPIE; CHABOYER; FAIRWEATHER, 2012). Cirurgia com mais de duas horas ou um tempo maior do que o necessário significa maior exposição dos tecidos, podendo acometer a sua oxigenação, favorecendo a formação de úlceras por pressão. Além disso, provoca fadiga na equipe, propiciando falhas técnicas (MANGRAN *et al.*, 1999; LOPES; GALVÃO, 2010). A duração da cirurgia está também diretamente ligada à ocorrência de ISC: quanto mais prolongada, maior o risco (ERCOLE *et al.*, 2011; KHAN *et al.*, 2008).

Uma palavra-chave para a segurança mencionada pelos profissionais foi “contaminação”. A profissional da higienização relacionou o quantitativo de cirurgias seguras e inseguras com as limpezas terminal, mostrando a interconexão dos processos de trabalho.

[Cirurgia segura é] sem contaminação. Contaminação é a palavra certa pra definir uma cirurgia segura (Ed8).

[...] profissional preocupa com a não contaminação. A segura! E a insegura é a que o profissional não está nem aí. Quer nem saber! (Ed12).

Quando é insegura, temos que dar um terminal, bater a máquina para poder estar matando bactéria, jogando cloro. [...] são muito poucas e são os pacientes do CTI, que já estão com uma doença transmissível pelo ar e por encostar. [...] eles fazem mais a cirurgia segura, [...] a gente pode limpar normal, sem precisar dar aquela desinfecção terminal (Ei6).

Estudo apontou que pacientes submetidos a cirurgias consideradas limpas tiveram taxa de mortalidade inferior quando confrontados aos que foram submetidos aos demais tipos de

cirurgias (ELIAS *et al.*, 2009). Pode-se deduzir que as cirurgias limpas oferecem mais segurança quando comparadas às cirurgias potencialmente contaminadas ou infectadas.

A cirurgia é tida como uma rotina, com princípios básicos aprendidos na academia e que devem ser praticados por todos os profissionais. No entanto, foi mencionado que há detalhes da cirurgia que não são passíveis de fazerem parte de protocolos.

Os princípios básicos [para cirurgia segura] o cirurgião aprende na faculdade e na residência. Eu tenho que fazer daquela forma, meu colega também, todo mundo! Mas alguns detalhes, no transcorrer da cirurgia, não têm como protocolar! [...] Um exemplo simples: cirurgião que só opera ouvindo música. Eu não consigo operar ouvindo música, prefiro o silêncio. [...] mesmo que a minha rotina seja diferente do outro, eu acho que cada um tem que seguir a sua (Ed19).

A cirurgia insegura pode acontecer a qualquer momento! Se as travas que foram criadas pra evitar os erros não acontecerem [...] (Ei23).

O exemplo mencionado reflete a valorização da autonomia médica, na qual cada cirurgião se adequa a uma rotina própria, que tem por base os princípios aprendidos durante sua formação. Segundo Gawande (2011), na medicina, cultiva-se a “autonomia” como um guia, no entanto, este princípio se choca diretamente com o da disciplina.

Por outro lado, a fala de Ei23 remete a uma das barreiras para a segurança, elencada por Amalberti *et al.* (2005), que é a transição da mentalidade de “artesão” para o de “ator equivalente”. Os profissionais de saúde precisam abandonar o *status* e autoimagem como artesãos e adotar uma posição que valorize a equivalência entre seus pares para que a qualidade não sofra variações inapropriadas. Isso exige condições estáveis, as quais são atingidas em algumas áreas como radiologia e anestesiologia, mas não em CTI e cirurgia de emergência, em que condições instáveis (mudança constante de profissionais e do paciente) são normas (AMALBERTI *et al.*, 2005).

O *checklist* e o quadro de *time out* de cirurgia segura, disponibilizados dentro de cada sala cirúrgica, foram lembrados e mencionados apenas por dois profissionais ao se referirem a uma cirurgia segura.

Uma cirurgia segura, eu acredito que ela aconteça quando todos os itens do *checklist* foram avaliados corretamente (Ei5).

É um conjunto de fatores que a gente tem que sempre levar em conta. Por isso que a gente tem aquele quadro [*time out*], que infelizmente [ênfase] não é mais preenchido (Ed16).

As tentativas dos profissionais de criarem barreiras – como o *time out* e o *checklist* – promovem, ou deveriam promover, a segurança cirúrgica que gera mais responsabilidade dos

profissionais em manter as barreiras ativas. Ou seja, quanto mais seguro um sistema é, mais responsabilidade exige dos seus profissionais (AMALBERT *et al.*, 2005). Isso se insere no campo do pensamento complexo, que é algo paradoxal e que se retroalimenta. Segundo Morin (2011), a complexidade surge no seguinte enunciado: “[...] produz coisas e se autoproduz ao mesmo tempo, o produtor é seu próprio produto”.

Dados esses fatores quanto à segurança, os profissionais apontam que a insegurança nas cirurgias, principalmente nos processos de urgência e emergência, não é estabelecida em função da técnica ou dos procedimentos, mas com o imprevisto relacionado ao paciente e como ele vai reagir à abordagem cirúrgica.

As urgências e ondas são mais inseguras. Não em relação a procedimento, eu não vou ficar inseguro do que fazer! Mas em relação a como o paciente vai reagir. Quando o procedimento é eletivo, é tranquilo, geralmente são mais seguros. Eu sei como vai ser (Ed11).

A maioria dos pacientes consegue sair daqui resolvido [...] tem pacientes que complicam, mas nem sempre é questão de insegurança na cirurgia, e sim o quadro clínico do paciente [...] (Ed28).

Apesar da previsibilidade nas situações de cirurgia eletiva e da imprevisibilidade das cirurgias de urgência/emergência, a resposta do paciente é um fator importante. As características dos pacientes foram apontadas como causas que favorecem uma cirurgia segura por diversos profissionais. Entre essas características, encontram-se a idade do paciente e as doenças pré-existentes como aspectos que aumentam os riscos e diminuem a segurança.

Um paciente de idade menos avançada, eu acho que seria uma cirurgia de menor risco. Uma de mais risco, um paciente mais idoso (Ei7).

Depende do paciente e aí vem idade, doenças crônicas, vários fatores. O paciente é hipertenso, é diabético, então os riscos aumentam, vai diminuindo o grau de segurança. [...] (Ed13).

A idade é citada em diversos estudos como um fator importante a ser considerado para a realização de cirurgias (KHAN *et al.*, 2008; LOPES; GALVÃO, 2010). Pacientes idosos precisam ser abordados como um desafio à parte, já que se trata de indivíduos com alto risco para intervenção cirúrgica por apresentarem menor reserva fisiológica e maior co-morbidades (OLIVEIRA *et al.*, 2012). A pré-existência de hipertensão, diabetes, infarto agudo do

miocárdio e doença pulmonar obstrutiva crônica é preditora de readmissão hospitalar e está diretamente relacionada à mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2012; LOPES; GALVÃO, 2010).

O fator “atenção” dispensada ao paciente foi considerado como diretamente relacionado à segurança cirúrgica. No entanto, esteve atrelada à responsabilidade e proteção profissional e não à atenção centrada no paciente.

Quando você não dá atenção para o paciente, aí é insegura. A partir do momento que entra no bloco ele é de sua responsabilidade. Você tem que se resguardar ao máximo para que esse paciente entre e saia bem. Foi cumprido o papel até quando você entrega, ele no andar [riso] (Ed26).

A preocupação da responsabilidade profissional, mencionada é legítima, uma vez que, segundo Faria, Moreira e Pinto (2014), há considerável aumento do número de ações judiciais contra profissionais e organizações de saúde no Brasil, a partir da década de 1990 (FARIA; MOREIRA; PINTO, 2014). Os profissionais de saúde envolvidos em algum evento adverso têm responsabilidade de natureza civil, penal e administrativa, expressas, respectivamente, nos Códigos Civil, Penal Brasileiro e de Defesa do Consumidor. Além dos códigos ético-profissionais de cada categoria profissional.

O dano é condição essencial para que exista a possibilidade de responsabilização civil de um profissional, advindo de negligência, omissão, imprudência e imperícia. A negligência é relativa ao descuido, inércia, passividade, desleixo, falta de cuidado daquele que deveria agir. O ato omissivo é quando se deixa de fazer algo que deveria ter sido realizado, como o abandono do paciente ou a omissão de tratamento. Já a imprudência é relacionada ao agir da pessoa causadora do dano, como atitudes não justificadas, descuidadas, precipitadas, de maneira intempestiva, sem a cautela e a precaução que o profissional deveria ter. Por último, a imperícia acontece quando não há a observação das normas por parte da pessoa que deveria considerá-las e executá-las, incluindo-se a ignorância técnica dos profissionais, inexperiência, incompetência, desconhecimento e despreparo prático (FARIA; MOREIRA; PINTO, 2014).

Os mecanismos judiciais dos atos que levam a danos aos pacientes têm as duas faces da mesma moeda. Ao mesmo tempo em que promovem credibilidade, responsabilizando o profissional que teve um comportamento de risco, provocam, também, o medo da culpabilização. Assim, a cultura punitiva vai se arraigando e faz com que não haja notificação dos incidentes pelos profissionais, causando mais insegurança pelo fato dos incidentes não servirem como situação que promova a educação continuada dos profissionais. A notificação tem valor para a instituição quando é realizada e trabalhada com cunho educativo.

Para além da promoção da segurança cirúrgica no ambiente hospitalar, essa se estende até o domicílio do paciente, sendo um campo de difícil investigação, mas que, certamente, influencia o desfecho final do processo operatório.

A cirurgia segura é muito mais que o pós-operatório imediato, vai muito além [...] depois que esse paciente vai para o andar, depois que vai pra casa, ainda tem um processo de cirurgia segura aí (Ed26).

Nesse contexto mais amplo, o papel do paciente como ator principal na gestão da sua própria segurança deve ser levado em consideração. Isso é orientado pela OMS (2009) e também foi tema evocado no V Encontro de Enfermagem Baseada em Evidências, realizado em Granada. A informação e educação do paciente cirúrgico são úteis para aumentar a preparação e a conscientização sobre a situação à qual que ele se submeterá, percebendo suas expectativas e ajudando a controlar o medo e a ansiedade (OBSERVATORIO EBE DE LA FUNDACIÓN INDEX, 2008). Nesse sentido, a segurança do paciente é uma área de intervenção inovadora que, ao colocar no centro o paciente e seus familiares, obriga a reinventar o sistema de saúde numa perspectiva cada vez mais baseada em aspectos de cidadania e de ganhos em saúde (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010).

Além das questões relacionadas às condições estruturais do hospital, aos procedimentos cirúrgicos e aos pacientes, também exercem força no aumento ou diminuição dos riscos, as características e a competência (conhecimento, habilidade e atitude) dos profissionais, começando pelo quantitativo de profissionais disponíveis e por atitudes básicas e importantes para a segurança.

A escala hoje é uma dificuldade que a gente não consegue administrar (Ei30).

Equipe de anestesia quanto mais completa, mais segurança. Se você precisar de ajuda, tem um colega, é diferente de você trabalhar sozinho (Ed17).

A parte segura é que a gente escuta e vê que o aumento de contaminação é pouco. Mas tem coisas que é errado [ênfase] [...] cirurgia com a porta aberta! Gente sem touca, que come por aqui, faz comida, cheira o bloco todo. [...] o circulante tem que limpar sua sala, uns limpam certo, outros não (Ei15).

Os relatos mencionam a coexistência de cirurgias seguras e inseguras no cenário de estudo. O uso inadequado dos não humanos, como a vestimenta incompleta dos profissionais impacta na segurança dos pacientes e dos próprios profissionais. Desde a entrada do paciente no CC existe a mediação de atores não humanos, como as portas, que implicam na prática dos profissionais. As portas do CC abertas durante a cirurgia permitem o contato entre a área

semi-restrita (corredor) e a restrita (sala operatória). Apesar de aparentemente ser rotineiro e sem problema, o fluxo para dentro e fora da sala de cirurgia é um fator importante no desenvolvimento da ISC e esse fluxo tem sido associado ao movimento da porta (SIMONS *et al.*, 2014).

No hospital, a escala, principalmente de anestesistas no CC e técnicos de enfermagem em toda a linha de cuidados cirúrgicos, foi uma dificuldade encontrada. Ressalta-se que o número adequado de profissionais gera maior possibilidade de qualidade assistencial pela divisão de trabalho e ajuda mútua. Durante a pesquisa, foi possível observar que a maior parte do tempo da coordenadora e da secretária de enfermagem da linha de cuidados cirúrgica foi dedicada a resolver problemas na escala de enfermagem dos setores. Se, por um lado, foi mencionado que a equipe completa oferece maior segurança, por outro, mesmo com a equipe em número suficiente, se não houver o cumprimento do papel de todos os profissionais, a segurança cirúrgica não será garantida.

Não adianta uma parte fazer a parte dela e o resto não fazer [...] se um não faz o processo já se tornou inseguro (Ei23).

O “saber-fazer” e o “saber o que vai precisar”, conforme os depoimentos a seguir, são habilidades necessárias dos profissionais na preparação do paciente no pré-operatório e nas ações na sala operatória para a segurança cirúrgica, tanto em procedimentos eletivos, quanto nos de emergência.

Paciente preparado é o primeiro passo para ser segura. Chegou ao bloco, todo mundo está envolvido: técnico, anestesista, cirurgião e enfermeiro, sabem o que fazer; o que vai precisar. O paciente de onda, a gente não sabe de nada! [...] mesmo assim é com segurança, [...] pra ser segura é ter conhecimento de tudo, dos atos que vai fazer. [...] (Ed31).

Quanto mais qualificada a enfermagem, melhor pra gente [anestesiologista], isso faz uma diferença absurda! [ênfase] Experiente em bloco, porque às vezes o enfermeiro é experiente em outro setor, de repente ele é jogado no bloco, não passa por treinamento. [...] Não adianta ter uma equipe muito especializada, qualificada se não tem a outra. Não adianta a enfermagem ser top de linha e os médicos inexperientes. Nem o contrário [...] (Ed17).

O recurso mais crítico das equipes cirúrgicas para o sucesso dos resultados cirúrgicos é a própria equipe. Por vezes, os profissionais são alocados no CC, e também em outras áreas do hospital, sem treinamento ou com treinamento inadequado. São poucas as orientações e a estrutura é precária para a promoção de um trabalho em equipe efetivo na minimização dos

riscos e promoção de uma cirurgia segura (OMS, 2009). É necessária uma equipe qualificada e conectada para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício e segurança do paciente.

Por outro lado, diferente da maioria dos profissionais, o entrevistado relata que, mesmo não conhecendo o paciente que chegou na “onda”, o saber-fazer faz com seja uma intervenção segura. A segurança cirúrgica exige, portanto, posturas e valores individuais e da equipe cirúrgica como um todo, incluindo o aperfeiçoamento contínuo. Segundo Valido (2011), este valor deve, permanentemente, ser colocado em prática no exercício profissional, objetivando o autodesenvolvimento e a melhoria pessoal. Isso não é diferente em procedimentos de emergência e urgência, em que há necessidade de equipes capacitadas e treinadas tanto no setor de pronto atendimento quanto no CC para os casos de alta complexidade (CALIL *et al.*, 2010). Ressalta-se que a quantidade de procedimentos realizados é um componente importante para desenvolver habilidades, sendo necessário treinamento, além de promoção da satisfação e motivação profissional.

Cirurgia do dia-a-dia é mais segura. Eles estão mais acostumados a fazer. E a gente mais acostumada a lidar com o material (Ei2).

Não é uma coisa [anestesiologia] que todo mundo sabe [...] você consegue treinando, pagando bem, qualificando e motivando a trabalhar (Ed17).

Uma singularidade dos serviços de saúde é a relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Quanto mais cirurgias o profissional realiza, menor é a taxa de mortalidade entre os seus pacientes (MENDES, 2011). Nesse sentido, o acompanhamento contínuo do residente pelo preceptor nas cirurgias foi uma condição mencionada como determinante para a segurança cirúrgica. Entretanto, alguns profissionais expuseram que os preceptores permanecem o tempo todo em sala operatória e outros relataram que o residente, muitas vezes, opera sem a presença do cirurgião.

Os preceptores ficam em cima, acompanham direto, então ocorre mais a cirurgia segura (Ei27).

Tem residente que não sabe nem fazer sutura. A gente fala: “O paciente está assim, você está fazendo alguma coisa errada” e chama o preceptor para avaliar. Essas são as cirurgias mais inseguras, o cirurgião não está presente e mesmo assim os residentes operam (Ed11).

A despeito da divergência sobre a permanência do preceptor em sala operatória, parece que o residente provoca certa insegurança cirúrgica dependendo do estágio de aprendizado em

que se encontra. Os residentes iniciantes (RI), que têm menos conhecimento, podem gerar maior risco. Segundo a OMS (2009), a assistência cirúrgica segura requer investimento em educação e infraestrutura. Além disso, não existe consenso no que se refere a um treinamento adequado e suficiente e sobre como medir a competência dos profissionais (OMS, 2009). A segurança e insegurança do paciente foram relacionadas também ao comportamento do profissional em relação ao uso de EPI, em sua permanência dentro de sala cirúrgica, sendo condições que favorecem ou não a segurança no ato anestésico-cirúrgico.

Eu costumo brincar que o anestesista e técnico de enfermagem têm boca estéril. Às vezes também não gostam de ficar na sala durante a cirurgia. [...] Isso é uma coisa muito perigosa [...] várias vezes eu vi paciente com pressão e saturação caindo, chamo o técnico de enfermagem correndo. Aí, ele chama o anestesista que vem e presta socorro (Ed12).

A expressão utilizada de que anestesista e técnico de enfermagem têm sempre “boca estéril” mostra a atitude inadequada dos profissionais em aplicar princípios básicos, como o uso de máscaras, que é importante para assegurar a diminuição de riscos em sala cirúrgica. O risco para o profissional também foi mencionado pelos participantes da pesquisa.

As cirurgias todas têm o risco para o paciente e para a gente, de sofrer acidentes durante o procedimento, de um corte, de furar um dedo [...] 100% segura não é! [com ênfase] (Ed13).

A gente é exposta a doença, a situações de risco que são, às vezes, surpresa. Você está mexendo num vaso sanguíneo e aquilo pode jorrar sangue arterial, então, você tem que ter a noção de que você tem que estar protegido [...] Você tem que prestar ajuda a pessoa, mas com segurança (Ed32).

A necessidade de uso de EPI é amplamente conhecida pelos profissionais para promoção de sua segurança e, conseqüentemente, da segurança no procedimento cirúrgico. Há exigência da execução de princípios básicos de proteção, protocolados, mas nem sempre seguidos.

Houve relatos relacionados também a comportamentos dos membros da equipe, estresse e qualidade de vida dos profissionais como questões que influenciam na segurança ou insegurança da cirurgia.

Quando o cirurgião é estressado, ele estressa todo mundo, aí não fica seguro (Ed8).

Depende da equipe que está operando, tem uns que gostam de ser mais estrelas, outros atendem na maior tranquilidade, centrados, tem outros que são estressantes e que gritam. É um momento de estresse, né? Cada um enfrenta de uma forma (Ed29).

Em um hospital de ensino, quem vai fazer uma anastomose é o residente. Se o preceptor tem paciência naquele dia, ele vai ensinar direitinho. Se não, vai pensar na hora de ir para casa dormir, almoçar e ficar com os filhos. Se não tem qualidade de vida, não trabalha direito e quem paga é quem está em cima da mesa, o paciente. [...] cirurgia segura é: paciente preparado e cirurgião e residente descansados (Ei20).

Os relatos mostraram a importância dos relacionamentos, posturas, disponibilidade e comprometimento dos profissionais na formação e orientação dos membros da equipe, principalmente residentes. As relações interpessoais e a dinâmica no ambiente cirúrgico podem influenciar na segurança do paciente (LIMA; SOUSA; CUNHA; 2013). O fato de os profissionais não se darem bem uns com os outros e com os seus líderes aumenta o risco de incidentes, além de aumentar também a sua gravidade. Ao contrário, um ambiente de trabalho bom pode mitigar a maioria dos erros humanos de segurança (MÜLLER, 2012).

A promoção das relações interpessoais, tendo como foco manter o ambiente em condições favoráveis ao desenvolvimento do cuidado, de modo a torná-lo promotor de saúde/cuidados, é uma das funções do profissional enfermeiro do CC. Além disso, deve-se atuar também na organização do setor com a previsão e provisão do material instrumental e humano (SILVA; ALVIM, 2010). Nesse sentido, esta subcategoria tem importante relação com a prática do enfermeiro de CC. Acrescenta-se ainda que esse profissional seja um importante ator para a qualidade e segurança cirúrgica, visando assistência integral, além do ensino e da pesquisa pelo perfil do hospital em estudo (SILVA; ALVIM, 2010).

Outras dimensões não foram abordadas pelos participantes do estudo, mas chamam a atenção pela sua importância para a segurança cirúrgica, como a prevenção de incêndio, explosão e riscos químicos e elétricos; procedimentos eficazes de despejo de materiais sujos e de lixo biológico; a organização e gestão dos recursos financeiros do hospital; os fatores macropolíticos, como as regulações e aspectos legais do país, tanto do SUS quanto dos conselhos de classe; o ar condicionado, que é um recurso que pode propiciar infecções, exige sua constante higienização e manutenção, não tendo sido abordado por nenhum profissional. Enfim, o conjunto de dimensões para a segurança cirúrgica citado, ou não, pelos participantes do estudo deve ser discutido para programar e implantar atividades com foco na melhoria contínua da qualidade na assistência cirúrgica.

Assim, a cirurgia é um fenômeno *complexus*, uma intervenção tecida conjuntamente. Portanto, cirurgia segura, para os entrevistados, é uma intervenção bem sucedida a partir de uma complexa trama que envolve múltiplas etapas e ações de vários atores humanos, além da utilização adequada dos atores não humanos. Ou seja, deve haver um conjunto de

profissionais e recursos materiais, estruturais e de equipamentos, além da conexão de conhecimentos interdisciplinares.

#### **4.2.2 Onda Vermelha: situação de caos que salva vidas**

O mundo não se parece com um continente sólido de fatos pontilhado por algumas lagoas de incertezas; é um vasto oceano de incertezas pintalgado de ilhotas de formas calibradas e estabilizadas (LATOURE, 2012, p. 348-349).

As reflexões aqui se inscrevem com foco em duas questões, não necessariamente em sequência. A primeira é prática e diz respeito às condutas e melhorias necessárias na atenção a eventos imprevisíveis e incertos que são situações de emergência, nomeadas no hospital como “Onda Vermelha”, em que o paciente está em situação de risco iminente de morte. A outra questão é teórica, e decorre da prática interdisciplinar para um procedimento cirúrgico seguro, com comunicação efetiva, que foi concebida em discursos durante a formação dos profissionais de saúde, mas não completamente vivenciada no cotidiano de trabalho.

A cirurgia que ocorre atendendo ao protocolo da Onda Vermelha é considerada insegura para a maioria dos participantes desta pesquisa. Além de que, durante a Onda, as demais cirurgias do CC também se tornam inseguras, uma vez que os profissionais se deslocam de suas salas, movidos pela curiosidade, mas com a justificativa de ajudar, mesmo tendo profissionais específicos para este atendimento.

Todas as cirurgias de onda, infelizmente é uma cirurgia insegura! [...] você está tentando salvar a vida do paciente (Ed12).

A cirurgia insegura é a onda! O pessoal não preocupa muito [ênfase], abre de qualquer jeito os campos, capote, caixa. [...] Paciente está parado, faz toracotomia, vai com a mão, tudo estéril na medida do possível (Ed4).

A insegura é quando chega uma onda e todos os técnicos saem da sua sala (Ed22).

Em Belo Horizonte, o protocolo “Onda Vermelha” foi implantado, inicialmente, no Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HJXXIII/FHEMIG), em novembro de 2004. Foi resultado da experiência e inquietação dos profissionais, em face da alta mortalidade apresentada por pacientes vítimas de traumas graves (FHEMIG, 2015; COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005).

A Onda Vermelha consiste na adaptação do protocolo internacional “Manobra de Mattox”, criado em 1986 por Kenneth Mattox, cirurgião norte-americano especialista em

trauma. Essa manobra preconiza a realização de toracotomia, uma abertura torácica no quinto espaço intercostal ântero-lateral, para uma abordagem direta ao sangramento, por meio de um *clamp* na artéria aorta descendente. Este procedimento divide o corpo do paciente em duas partes, garantindo a circulação do sangue para o encéfalo, coração e pulmões por um período limitado (FHEMIG, 2015).

A Onda Vermelha consiste em um conjunto de ações médicas e administrativas que objetiva, prioritariamente, a abordagem cirúrgica dentro do CC em pacientes cuja condição implique em morte iminente ao invés deste atendimento ser em sala de emergência, no pronto socorro (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005), conforme concebido originalmente pela Manobra de Mattox. A toracotomia e outros procedimentos cirúrgicos na sala de emergência para interrupção imediata da hemorragia fazem parte do atendimento a pacientes admitidos *in extremis*. No entanto, são cercados de controvérsias em relação à indicação e efetividade e têm grande potencial de provocar acidentes entre os profissionais (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005). Diante da grande demanda de situações de emergência nos hospitais brasileiros, a aplicação da Manobra de Mattox foi adaptada (FHEMIG, 2015).

É necessária uma sala exclusiva e equipada dentro do CC, com materiais e equipamentos organizados, anestesiológico e a disponibilização, pelo banco de sangue, de duas bolsas de sangue “O” negativo, sem a necessidade de teste de tipagem (FHEMIG, 2015). Os profissionais do hospital em estudo, reconhecendo os bons resultados da Onda Vermelha, a incorporaram à sua rotina. Isso ocorreu antes que o hospital, em 04 de novembro de 2008, se tornasse unidade piloto do Projeto de Redes Assistenciais da SES/MG, implantando a triagem com classificação de risco pelo Protocolo de Manchester.

O Protocolo de Manchester classifica, a partir da identificação da queixa principal, os riscos dos pacientes que adentram um serviço de urgência e emergência em cinco níveis de gravidade expressos em um fluxograma orientado por discriminadores, utilizando um sistema de cores: vermelho (emergente); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente) (FREITAS, 2002). A cor vermelha da Onda Vermelha vem desse Protocolo, cujo tempo-alvo de atendimento destes pacientes é de zero minuto, imediatamente.

Quando se aciona a sirene na portaria, é desencadeado nos diversos setores um movimento para a organização dos atores humanos e não humanos para atender o paciente da Onda Vermelha. Esse som tem um significado simbólico para os profissionais, podendo indicar agilidade, mas também estresse e incertezas.

---

---

A onda toca lá fora e pode ter uma definição clínica ou cirúrgica. Quando ela é uma onda cirúrgica, os profissionais do bloco já saem para saber qual o paciente e em que condição eles o vão receber (Ei30).

Após o soar da sirene e a entrada do paciente no hospital, ocorrem várias fases no atendimento deste paciente. Na etapa 1 é realizada a abordagem inicial pela equipe de trauma (ainda no pronto socorro ou mesmo no CC), de acordo com os princípios do *Advanced Trauma Life Support*<sup>®</sup> (ATLS<sup>®</sup>). De acordo com o protocolo, aciona-se a Onda Vermelha que irá desencadear ações administrativas e dos profissionais, visando à abordagem imediata do paciente no CC e à disponibilização de hemoderivados em poucos minutos (etapas 2 e 3). Após o processo cirúrgico (etapa 4), o paciente é transferido para a sala de recuperação pós-anestésica ou para o CTI (etapa 5). Caso seja necessário, ocorrem intervenções cirúrgicas em etapas seguintes (etapa 6) (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO FILHO, 2005).

Durante a entrevista com uma das participantes da pesquisa, em uma sala operatória que não estava sendo utilizada, a sirene soou. Ela logo ouviu, mas a pesquisadora não. Essa somente ouviu depois que a profissional indicou que estava ouvindo algo. Para a pesquisadora, parecia ser um equipamento apitando de longe, muito sutil. Questionou se o barulho era baixo, segundo ela não, era porque a porta estava fechada. Ela identificou a sirene logo no início porque seus sentidos estavam aguçados para o som, marcando o início de um processo de trabalho que a envolve. A entrevista foi interrompida e a profissional saiu correndo para o pronto socorro, para ver se era um paciente cirúrgico. A pesquisadora quando saiu do CC, avistou um corre-corre em direção ao “Poli 9” (sala de emergência cirúrgica). A profissional já estava voltando e disse que era um paciente vítima de arma de fogo no crânio. Olhando para dentro da sala a pesquisadora visualizou somente os pés do paciente em meio a uma grande quantidade de profissionais e dois acompanhantes que saíram apressados pela porta do Poli 9, onde o paciente se encontrava. Aquela situação desencadeou grande movimentação no local, tanto dos profissionais quanto dos pacientes para visualizar alguma coisa. A profissional disse que a entrevista poderia ser retomada, que o neurologista havia avaliado o paciente e não entrariam com ele no CC porque o óbito já havia sido constatado. A Onda Vermelha apresenta situações diversas, sempre de gravidade extrema e que envolve toda a equipe, sendo uma situação rotineira por se tratar de um hospital referência para urgência e emergência.

A morte no cenário de atendimento pela Onda Vermelha é algo comum, que faz parte do cotidiano dos profissionais. Estes relatam que a maior parte dos pacientes atendidos na emergência geralmente evolui a óbito, devido à sua gravidade. Isso, segundo os profissionais,

faz com que na Onda Vermelha não ocorram incidentes, o óbito é natural. Por outro lado, relatam que todos os procedimentos necessários para manter a vida são realizados.

Grande parte dos pacientes da onda morre. Quando vêm para cá, estão gravíssimos! (Ed12).

[...] chega muito paciente baleado grave que entra quase morrendo na sala [...] esse tipo de paciente, você não pode contar como intercorrência, não foi não! O paciente era um moribundo, independente da intervenção médica a maior chance dele era morrer mesmo! Então isso aqui é bem comum (Ed17).

O procedimento em si, é bem realizado, porque eles investem até o final da cirurgia, isso aí é inegável (Ei15).

As situações de emergência acontecem a qualquer momento, com qualquer pessoa e de forma inesperada. A maior parte dessas situações, mesmo com todo o avanço tecnológico, leva o sujeito a se tornar objeto de manipulação dos profissionais, tanto na tentativa de salvá-lo quanto de preparar seu corpo inerte após a morte.

Durante o atendimento a uma vítima de Perfuração por Arma de Fogo (PAF), que chegou anunciado pela sirene, foi observado que o paciente, em certo momento, recebia uma quantidade excessiva de noradrenalina. Um anestesista disse: “Vocês sabem que esse paciente está morto, né? Estamos mantendo uma dose de 400 de adrenalina, isso não existe!”. Um cirurgião disse: “Judicialmente ele está vivo”. Após várias ações por cerca de duas horas a saturação do paciente era 3% e a frequência cardíaca de 41 batimentos por minuto. A sala já estava vazia e os cirurgiões começaram a restabelecer o diálogo entre si. A comunicação durante o atendimento foi restrita, mas, após o estresse inicial, a comunicação foi reestabelecida, por meio de assuntos cotidianos e comentários sobre a cirurgia. Ao finalizar a sutura no paciente, outro anestesista adentra a sala e diz novamente que o paciente está morto, após visualização dos sinais vitais e gasometria, mas verificaram uma fraca pulsação na jugular. O cirurgião e o anestesista ficaram no impasse se era óbito ou não, até chegarem à conclusão que era óbito e desligaram os aparelhos. Cirurgiões saíram sem demonstrar frustração, dizendo que ainda teriam um plantão para enfrentar. Após um tempo, a anestesista fazia seus registros e chegou mais sangue, ela disse: “Agora não precisa mais, isso que dá amarrar sangue”, e saiu da sala.

Os termos relatados, a seguir, pelos profissionais ao se referirem a Onda Vermelha e como é vivenciá-la indicam um processo permeado por uma carga elevada de estresse. É um momento de lidar com o imprevisível, com o inesperado, mas o trabalho continua e outros pacientes chegarão para serem atendidos.

Nossa! Catastrófico. Oh... A onda é... É muita adrenalina (Ed26).

Vem a bomba e você não sabe da onde veio! Na cirurgia do trauma, o sangramento é o maior problema, você não sabe onde o buraco começa e onde termina (Ei20).

[...] onda é uma adrenalina. O paciente está chegando, você não sabe o que tem. Sabe que é grave e que tem que correr! Se entrou como onda, é risco e o propósito é salvar, é salvar. Cada um fazendo a sua parte, o melhor que pode, da forma mais segura e mais competente possível. É o paciente que está precisando de você mesmo [ênfase]. [...] Não pode errar, não pode passar, é naquela hora! Isso que é uma onda. É uma luta (pausa). Correria contra a morte! [...] (Ed31).

[...] não é um cenário agradável. No geral, é muito estresse. [...] O paciente está em risco eminente de morte ou às vezes já entra morto, eles querem ressuscitar (Ed29).

Há clareza quanto à gravidade dos pacientes que chegam pela onda e, de certa forma, uma relativização do que seja segurança, pois naquele momento a vida está em jogo mais que o risco de uma infecção ou outro risco qualquer. As metáforas: “catastrófico”, “bomba”, “adrenalina”, “uma luta” e “correria contra a morte”, que emergiram do discurso dos profissionais, remetem a algo que nasceu “[...] do caos, da turbulência e precisa resistir a enormes forças de destruição” (MORIN, 2003, p.56). O caos é uma força aparentemente desorganizadora e oposta à ordem. Pelas falas dos profissionais, a Onda Vermelha traz esse traço resultando em incerteza, imprevisibilidade e desordem.

As urgências e emergências são consideradas desordens (ANDRADE *et al.*, 2013). “A desordem é aquilo que traz a angústia da incerteza diante do incontrolável, do imprevisível, do indeterminável” (MORIN, 2005, p. 210). A noção de desordem e ordem, apesar das dificuldades lógicas, deve ser concebida de modo complementar e não apenas antagônico. Isso porque os fenômenos de organização aparecem em condições de turbulência; instalam-se, sob o nome de caos, caos organizador (MORIN, 2003). Nesse sentido, é necessário que os profissionais reflitam e discutam suas práticas no atendimento à emergência, para ajudá-los na criação da ordem e da organização em meio à desordem e ao caos instalado no hospital após o soar da sirene anunciando uma emergência da onda.

Dada a essa natureza da assistência ao paciente cirúrgico na situação de emergência, a calma e o bom senso devem estar presentes na equipe para evitar condutas tempestuosas e até mesmo agressões desnecessárias entre os profissionais (CALIL *et al.*, 2010). A sensação de que a adrenalina alcançou níveis altos na corrente sanguínea, durante a Onda Vermelha, também foi mencionada por um médico residente do HJXXIII/FHEMIG, em uma reportagem da seção Saúde da Revista Veja BH (BRASIL, 2013). A adrenalina é um hormônio liberado pelo organismo em momentos de estresse, preparando o indivíduo para um grande esforço

físico, por meio do estímulo do coração, elevação da pressão arterial e relaxamento e contração de certos músculos. Dessa forma, percebe-se, mais uma vez, a afetação do corpo de um humano em relação a outros humanos e também aos não humanos (espaços e objetos) (LATOURE, 2009).

O erro, no contexto da Onda Vermelha, pode significar a vida do paciente, conforme mencionado por Ed31. O termo “erro” é complexo, é multidimensional e, frequentemente, usado equivocadamente na literatura, assim como vários outros termos em segurança do paciente. No estudo de Runciman (2006), foram encontrados 149 termos, com mais de 296 definições alternadas. Havia, por exemplo, 16 definições para "erro", 14 para "eventos adversos" e cinco para "evento adverso a medicamentos". Outro estudo encontrou 25 definições de erro na literatura e comparou com a avaliação de médicos da família sobre a ocorrência de erros em cinco cenários clínicos propostos, quando se encontrou muita divergência nas opiniões (ELDER; PALLERLA; REGAN, 2006). A dificuldade em aceitar e analisar a ocorrência de erro não é diferente no contexto da Onda Vermelha, uma vez que o alvo principal é salvar a vida.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) da OMS aborda os principais termos da área. Nesse documento, erro é, por definição, não intencional. Uma falha ou aplicação incorreta na execução de um plano almejado. Ocorre por fazer errado (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na execução (OMS, 2009). Considerando esse conceito e que a Onda Vermelha tem um caráter de imprevisibilidade, por mais que haja um protocolo, os profissionais têm apresentado dificuldades em cumpri-lo, de executar um plano para avaliar a assistência posteriormente. A ocorrência de morte da maior parte dos pacientes não pode ser considerada falha no plano de salvar vidas. Por outro lado, não se deve desconsiderar este desfecho final – o óbito – como uma possível execução de um conjunto de planos não executados de forma adequada. Há necessidade de se analisar melhor este cenário de emergência para melhor clarificar o termo erro.

As cirurgias de emergências são inseguras também, devido à rapidez necessária nas ações. Em um primeiro momento não há a preocupação direta com a contaminação, sob a justificativa de que o alvo é salvar a vida do paciente e, por isso, há necessidade de priorizar a estabilização, em detrimento de prevenção de infecções. A infecção será controlada posteriormente, por meio de antibióticos.

As cirurgias mais inseguras são as de emergência, por causa da velocidade com que as coisas têm que acontecer. Muitas vezes você pode ter dificuldade em realizar o trabalho da melhor forma, não tem tempo para preparar tudo (Ed21).

Na cirurgia da onda às vezes não tem tempo pra fazer uma escovação. [...] tempo de campear o paciente, de preocupar com contaminação. Isso ai é para o futuro! [...] É coisa que os antibióticos vão controlar, se não controlar, Deus controla (Ed12).

Segundo Amalberti *et al.* (2005), quando se exige níveis altos de desempenho e produção, como nas cirurgias de emergência, o risco inerente ao procedimento (como ISC) torna-se secundário, o que gera um cenário inseguro. Além disso, a gravidade do paciente e a pressão do tempo aumentam o potencial de erros e omissões em padrões estabelecidos de cuidados (WEISER *et al.*, 2010) para promover a segurança. Nesse sentido, os profissionais do CC necessitam estar preparados para mudanças rápidas e inesperadas. Nas emergências, o tempo de ação e reação dos profissionais é fundamental para responder a essas situações de forma eficaz e eficiente (VALIDO, 2011). A padronização da assistência, a organização das condutas e uma equipe qualificada e atenta às particularidades individuais dos pacientes em emergência poderão tornar esse processo ágil e menos difícil (CALIL *et al.*, 2010), e também humanizado e seguro.

Além da insegurança pela rapidez, o número de profissionais que se deslocam para a sala onde está sendo atendido um paciente do fluxo da Onda Vermelha, com a intenção de ajudar, ou somente movidos pela curiosidade, provoca a indefinição dos papéis de cada profissional. A sincronia no atendimento depende de quem está na equipe.

[...] chega uma onda, fica aquela confusão! Não sabe quem é que vai buscar o sangue, pegar o acesso do paciente, auxiliar o anestesista, quem vai abrir o material. Ficam três pessoas abrindo o material e ninguém com o anestesista. Todo mundo quer fazer, quer ajudar e acaba não tendo organização (Ed8).

Na onda, menos gente com qualidade é melhor de que muita gente sem qualidade. [...] já atendi onda eu e mais um e foi perfeito. Entra cinco e ficam batendo, vou pegar e você pega junto [...] Não é sincronizado todo dia direitinho não! [...] (Ed31).

Nunca contei, mas há umas 20 pessoas! (risos) Na intenção de ajudar, acaba tendo mais contaminação e risco para o paciente, [...] lava a mão correndo, estica campo cirúrgico com um tanto de gente do lado, falando em cima, nem todos de máscara (Ei20).

Lá no bloco tem 10 médicos em cima do doente, mas não tem nenhum que pode pegar o braço do paciente e colher um sangue. [...] “Ah, não deu! Manda O negativo!” São coisas simples que poderia fazer (Ei18).

Observou-se que os procedimentos na Onda Vermelha são feitos concomitantemente. Assim que o paciente entra na sala, enquanto um ou mais cirurgiões começam a se

paramentar, outros cirurgiões e demais profissionais, residentes e acadêmicos colocam somente a máscara, luva estéril e começam a ajudar na cirurgia. Os anestesistas colhem amostras de sangue para análise, a circulante leva as amostras para o serviço de hemoterapia. Outros puncionam acesso, fazem a monitoração, abrem campos e materiais e vão à farmácia, devido à falta de materiais nos *kits* (que deveriam estar completos). Ou seja, cada um realiza alguma ação, nem sempre em sincronia e ordem.

Durante a observação do atendimento de uma Onda Vermelha, havia no mínimo 10 pessoas na sala. Não foi observada a comunicação sobre as condutas com o paciente; notou-se que, nessas situações, não se tem um plano definido. Cada um foi identificando o que seria necessário e tomaram a posição que não estava ocupada por ninguém na cirurgia. Apenas o anestesista dizia o que estava fazendo em voz alta, comunicando-se com a equipe. Quando todos estavam realizando suas funções, a agitação diminuiu e os profissionais não paramentados saíram e foram fazer a escovação das mãos e braços e se paramentar. Havia, nesse contexto, muitos curiosos, que também tentavam ajudar. Por exemplo, uma residente tentava puncionar um acesso central, a outra apenas observava, demonstrando o deslocamento dos profissionais de outras salas para a sala da emergência.

Para além da curiosidade, segundo os relatos, é do perfil do profissional do trauma essa vontade de ajudar na emergência. Por um lado, há algum benefício, pois são necessários mais profissionais do que aqueles que estão à disposição da Onda a cada plantão (circulante e anestesistas de *stand by*). A responsabilidade de organização da sala operatória no hospital em estudo é do profissional enfermeiro supervisor, que, por vezes, entra em conflito para controlar o quantitativo de pessoas em sala operatória.

Quando estou no plantão, fica na sala da onda: técnico de enfermagem, anestesista e quem está envolvido na cirurgia. Curiosos? Podem aguardar do lado de fora. Aquilo não é teatro! Quando eu entrei, não estava acostumada, permitia. Hoje não deixo! Muita gente entra escondido. É engraçado! [...] Já tive brigas dentro de sala de onda com acadêmico e residente. Hoje é mais organizado. Mas não deixa de ser um tumulto. Não tem segurança (Ed26).

O profissional do trauma tem esse perfil de gostar da emergência, de querer ajudar. O enfermeiro tem que exercer o papel de supervisão e retirar. [...] tem o circulante referência para a onda, mas seguramente, ele não consegue executar tudo (Ei30).

Posso estar aqui tranquila com você, toca a campainha, se tem dois [anestesistas de plantão], como funciona? Um fica para a onda e o outro faz um caso. [...] aí um cirurgião, quer fazer um caso, vai ter que aguardar! [...] tem um [anestesista] de *stand by* para a onda vermelha (Ed9).

No CC em estudo, não há uma sinalização visual restringindo o número de pessoas na sala de emergência e também não há uma política clara em relação à entrada e saída dos profissionais e estudantes. A falta de clareza da equipe foi a causa principal de circulação durante as cirurgias em um estudo que analisou o fluxo de pessoas dentro de sala operatória (SIMONS *et al.*, 2014). Além da política explícita para todos, um fator que contribui para o acesso à sala operatória é a hierarquia. Simons *et al.* (2014) concluíram, nesse estudo, que o cirurgião é o principal responsável pela redução do fluxo durante a cirurgia. Na realidade do hospital em estudo, observou-se que essa função fica delegada à enfermeira supervisora, mas caso o cirurgião permita a presença de algum aluno, por exemplo, a função que ele tem na condução da cirurgia exerce maior força de autoridade do que a função exercida pelo enfermeiro supervisor, prevalecendo a decisão do cirurgião. Segundo o participante Ed26, quando era recém-contratado, pela inexperiência, deixava a sala operatória cheia de pessoas, mas, atualmente, não permite. Porém, pela observação em campo desse mesmo profissional e pelo conjunto dos relatos ficou evidente que os supervisores de enfermagem, além de não terem “voz” ativa para este controle, não têm tempo de se preocupar com essa situação, devido à sobrecarga de tarefas durante o atendimento da emergência.

Uma das causas do tumulto em sala operatória em atendimento à Onda Vermelha é a curiosidade, uma vez que a situação exerce um poder de encantamento pelas situações inusitadas que ocorrem. Segundo os profissionais que participaram da pesquisa, a Onda é um cenário excitante para quem está aprendendo.

Às vezes tem uma quantidade até maior de cirurgião, tem uma quantidade maior de residente movido pela curiosidade, sabe? (Ei20).

A onda exerce um poder de encantamento das pessoas, no sentido de estar perto pela curiosidade, porque são situações inusitadas (Ei30).

[...] como é um hospital escola... Aquilo ali é um cenário maravilhoso. Pra quem está de fora olhando, é maravilhoso você vê o coração do cara pra fora, as tripas dele toda de fora do outro lado (Ed26).

Simons *et al.* (2014) sugerem medidas de apoio para monitorar o fluxo de profissionais em sala operatória, como a fixação de um contador de porta e de um sinal de alerta na sala operatória em forma de lembrete constante aos profissionais. Com o uso dessas medidas, intenciona-se a criação de um senso comum de responsabilidade da equipe e a liderança do cirurgião (SIMONS *et al.*, 2014). Contudo, para se adequar à realidade do

contexto de estudo, sugere-se um trabalho que aprofunde a causa do tumulto na situação de emergência e um debate entre profissionais e estudantes.

Para tanto, os gestores e profissionais do hospital podem lançar mão das várias ferramentas e técnicas de gerenciamento da qualidade, como, por exemplo, o diagrama Espinha de Peixe. Essa ferramenta permite estruturar as causas de determinado problema ou sua oportunidade de melhoria, sendo que as causas ou fatores complexos são decompostos em causas primárias e secundárias, sem, com isso, perder a visão do conjunto do problema analisado (DAYCHOUM, 2010). Segundo o autor, geralmente, as causas são levantadas em reuniões do tipo *brainstorming* (“tempestade de ideias”), que é uma atividade desenvolvida para explorar a potencialidade criativa do indivíduo, colocando-a a serviço dos objetivos propostos, qual seja, a coleta de ideias sobre as causas ou solução de um problema (DAYCHOUM, 2010). A ideia de cada participante, neste caso os profissionais do hospital direcionados por um facilitador, deve ser gravada para análise mais aprofundada.

As falas dos profissionais que participam da Onda Vermelha indicam a existência de um mundo à parte, do qual histórias de mutilações, sofrimento, mortes e também milagres são colecionadas e quem tem mais para contar se destaca nesse mundo. Ter uma foto da situação para comprovar e mostrar o fato é algo desejado pelos profissionais e também pelos pacientes que estão nos corredores do hospital presenciando a situação.

[...] acontece uma situação inusitada, quer fotografar, dizer o que aconteceu. Isso legalmente não é permitido [fotos] passava rapidamente para os celulares, fotografava lá de fora. [...] tivemos há pouco tempo uma situação [...] O paciente chegou com, eu não sei como chama, é de jardinagem, de puxar folha, tem os ganchos e estava na cabeça, ainda fixo, porque só remove lá dentro. [...] as pessoas por curiosidade, querem mostrar para o familiar. Até os próprios pacientes acompanhando querem fotografar. Preservar esse paciente é muito difícil (Ei30).

Há algo místico em torno da assistência às emergências e há o desejo de registrar. O acesso amplo às tecnologias, como os celulares com câmera fotográfica, traz um novo confronto ético na prática cotidiana hospitalar. Esse ator não humano – celular – facilita a produção e reprodução de imagens, a qualquer momento, dos atores humanos no atendimento. No entanto, a preservação da imagem é um direito constitucional: São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (BRASIL, 1988). A proteção da imagem também está presente no Código Civil, sendo assegurada a indenização

em caso de exposição sem prévia autorização (BRASIL, 2002c) e em diversos Códigos de Ética Profissional como da enfermagem e da medicina (COFEN, 2007; CFM, 2009).

As situações de emergência fazem com que até os princípios básicos, como a precaução de contato, sejam burladas. Até mesmo o acesso ao CC deixa, de certo modo, de ser restrito, pois profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do corpo de bombeiros, por exemplo, adentram ao local sem vestimentas adequadas, devido ao risco de morte dos pacientes.

Já vi onda chegando com tanta rapidez, que chegou aqui o pessoal do SAMU, aqui dentro [do CC]. Já vi bombeiro chegando aqui dentro com a roupa e sapato lá de fora, entrando com a maca deles. [...] aí já é um risco de contaminação [...] (Ei15).

Essas situações geram risco de contaminação, bem como a ruptura de uma condição bem estabelecida que seja a restrição de acesso ao CC. No entanto, é uma conduta automática de muitos profissionais que chegam com o paciente em risco de vida. A postura dos profissionais externos é semelhante ao tumulto interno com a chegada da Onda. Além desse cenário de insegurança, há outros fatores que tornam a cirurgia de emergência insegura.

[...] paciente acabou de chegar à onda, toca a campainha e entra para o bloco do jeito que estiver, sem banho, antibiótico é feito depois que começou a cirurgia [...] pode não ter material para fazer uma cirurgia definitiva, [...] remedia para uma posterior. [...] sangramento grande e não tem uma reserva de sangue, ele acabou de entrar no hospital [...] esse tipo de insegurança, coisas que podia prever antes que não tem como na emergência! É um risco, muito grande! O risco benefício para o paciente é melhor fazer a cirurgia naquele momento (Ed10).

O médico acha que emergência é O negativo. Pelo contrário! Esse sangue você usa em última situação, é um sangue raro. Por ser raro, tem que ter cautela. [...] se mandar uma amostra de sangue, o tempo que eu levo pra pegar uma bolsa de O negativo, eu classifico e mando o grupo do paciente (Ei18).

A insegurança na emergência permeia vários aspectos, como a impossibilidade de um preparo adequado pré-operatório, e, por vezes, se realiza uma abordagem inicial com necessidade de retorno ao CC, se o paciente sobreviver. Isso ocorre tanto pela condição do paciente como, por exemplo, pela falta de uma prótese, que deve ser solicitada antecipadamente. Além disso, o uso indiscriminado de sangue “O” negativo nas emergências pode gerar insegurança, além de reduzir o estoque de um material raro, para uso em casos extremos ou de acordo com o grupo de outros pacientes, e cuja reposição não é garantida.

O cenário de insegurança se intensifica em uma situação de catástrofe, de desastres com múltiplas vítimas. Torna-se necessário, principalmente em tempos de grandes eventos,

todo um planejamento, bem como a qualificação adequada dos profissionais da rede de serviços externos e da rede intra-hospitalar para atendimento destes casos. É necessário fazer simulação para planejamento de grandes eventos.

Situação de catástrofe, você nem troca de luva. Não dá tempo! [...] a movimentação é muito grande. Quatro, cinco residentes em campo, você vai checar se todos estão paramentados? Não dá! [...] A abertura da caixa foi asséptica? Eu não tenho essa segurança, não tenho como olhar isso (Ei20).

A copa do mundo é que fez a medicina em Belo Horizonte discutir medicina de catástrofe [...] o tripé principal na Emergência, é o pronto socorro, CTI e bloco cirúrgico. Nós participamos ativamente do plano de atendimento às catástrofes no hospital. Tivemos experiências de pequena monta, na copa das confederações, na queda do viaduto agora da Pedro I e três simulados que envolveram a cidade em que a experiência foi muito positiva (Ed21).

Durante a coleta de dados da pesquisa estava acontecendo no Brasil a Copa do Mundo de futebol. A SES-MG, em parceria com o governo francês, promoveu algumas simulações de catástrofe na capital de Minas Gerais. Os profissionais do Corpo de Bombeiros, SAMU, Defesa Civil, Guarda Municipal, Polícia Militar e Civil e de alguns hospitais participaram do simulado, dentre eles o hospital. Em situações de catástrofes é necessária a mobilização dos hospitais para receber muitos pacientes. Isso requer a elaboração de um plano de catástrofes, com as ações para atender as vítimas que chegarão, sem deixar que a assistência àqueles que já estão internados no hospital seja prejudicada. Um destes exercícios foi acompanhado pela pesquisadora. O pronto socorro continuou sendo a porta de entrada e os profissionais, já cientes da chegada dos “feridos”, procederam à evacuação dos pacientes do pronto socorro e também do CTI para outras áreas do hospital, liberando os leitos de retaguarda para a catástrofe. Foi interessante ver como todo este cenário se desenvolveu, observando pequenos incidentes, como uma bala de oxigênio que caiu no chão, a ocorrência de pequenos choques entre os profissionais que transportavam pacientes e falta de identificação dos pacientes. Esse último teve um profissional da liderança do hospital que passou chamando a atenção. Não foram verificados incidentes com danos para os pacientes.

A qualidade do atendimento na situação de emergência depende da qualificação, da calma e do bom senso dos profissionais para evitar condutas tumultuadas, estressantes, prevenir intercorrências e evitar complicações. Depois da ocorrência de um desastre, somar uma atuação profissional improvisada significa aumentar o sofrimento das vítimas, sendo conivente com o risco de negligência, imprudência e imperícia pelos próprios profissionais de saúde (SILVA; CARVALHO, 2013).

As cirurgias de emergência proporcionam também risco para o trabalhador, tanto para aqueles que atuam diretamente, devido a agilidade das ações, quanto para os que estão indiretamente envolvidos, por exemplo, a profissional da higienização que encontra um cenário que oferece grande risco.

[...] é tudo com muita agilidade. Punciona uma PIA [pressão intra-arterial], suturou, mas o cirurgião já tem que pegar um [acesso] central, então deixa o nylon ali na mesa e vai precisar da mesa de novo. Eu calço a luva, não sei se tem fio, pego e furo meu dedo! [...] (Ed11).

[...] Sala dois que é a sala da onda, [...] Não dá tempo de fazer um exame para saber se o paciente tem alguma doença. [...] acabou de cuidar, sai da sala para a gente limpar, aí o chão é cheio de agulha (Ei6).

O caos permanece desde a entrada do paciente até a sua saída da sala operatória. No final de um atendimento da onda, foi possível observar que a sala fica suja, com bolsas de sangue, embalagens, tesoura e pinças espalhadas pelo chão, e a bancada com gazes, jelhos, soro, seringas e caixa de hemocomponentes. Essa realidade gera riscos para os profissionais, como, por exemplo, a ocorrência de acidentes de trabalho. É necessário discutir as situações de emergência, pois tanto trabalhadores como pacientes necessitam, respectivamente, de maior segurança no trabalho e na assistência.

A questão do risco para o profissional, segundo os relatos, é maior em cirurgias que envolvem crianças e jovens. Há um esforço maior, dada a pressão cultural de salvar a vida de quem ainda tem muito tempo para viver. Os profissionais colocam-se em risco em função da assistência a esses pacientes e, apesar disso, relatam satisfação no trabalho, porém se queixam de desvalorização.

[...] tem paciente que entra como uma urgência. [...] a sirene não tocou, mas virou onda lá dentro, não está na sala da onda, mas seguramente, é uma onda. Ontem teve um paciente que já prendia sala aguardando CTI. Vítima de acidente de moto com uma fascíte necrotizante. A princípio fácil de tratar. [...] Ele ficou séptico, a equipe achou que a única chance de sobrevivência, seria desarticular o membro inferior. O bloco viveu em função desse paciente [...] E com a pressão de ser um paciente de 16 anos e a mãe lá fora, a psicologia com intervenção com a mãe. [...] (Ei30).

Eu gosto, só acho que o trabalho deveria ser mais valorizado. [...] você trabalha tanto, se põe em risco [...] às vezes chega a Onda, vão supor é uma criança, se tiver no corredor, você não olha se está com luva, [...] é automático... (Ed11).

Segundo os relatos dos participantes há uma pressão maior quando a emergência envolve crianças e jovens. Em um estudo sobre o significado da morte para profissionais de enfermagem que atuam em CC de urgência e emergência, foi identificada uma capacidade

emocional prejudicada para elaborar as perdas vivenciadas nesse local, principalmente quando a morte envolve crianças e jovens. A infância e a juventude, culturalmente, são períodos de expectativa, e a criança é vista como frágil e inocente. Isso faz com que o profissional sinta maior responsabilidade pela cura. Quando isso não ocorre e o profissional se depara com a morte desses pacientes há o sentimento de impotência (BOSCO, 2008).

O paciente que, mesmo não tendo entrado como Onda Vermelha (tocado a sirene, colocado em sala reservada, acionado anestesista e circulante específica e desencadeado processo no banco de sangue) e se torna uma emergência é algo que tem que ser reconhecido, pois, apesar de não ter todo o som que acompanha a Onda, faz “barulho” e movimenta o CC. Esse cenário de imprevisibilidade da emergência ou da urgência, mesmo com o paciente já admitido é realidade em qualquer setor da rede intra-hospitalar, sendo que pode ocorrer a qualquer momento, mesmo com os pacientes considerados estáveis. Nesse sentido, Calil *et al.* (2010) traz à tona a responsabilidade da equipe no preparo para uma atuação segura e precisa. O reconhecimento precoce das situações potencialmente cirúrgicas, a elaboração de protocolos de atendimento, a qualificação sistematizada da assistência na rede intra-hospitalar entre as diversas equipes, a discussão dos casos clínicos, as rotinas de atendimento ao paciente cirúrgico na situação de emergência devem ser pensadas pelas equipes de saúde comprometidas com a qualidade da assistência (CALIL *et al.*, 2010).

Ademais, a comunicação institucional, principalmente em uma situação de emergência, foi referida como “torre de Babel”. Cada profissional fala em uma língua diferente, o que gera discrepâncias que devem ser corrigidas para assegurar a segurança dos pacientes.

A comunicação é como a torre de Babel! Precisa sincronizar! Há discrepância! Exemplo de uma onda: paciente entrou no poli. A enfermeira [do pronto socorro] colhe sangue e manda o pedido. A gente fala: “O que é o caso?”. “Baleado!”. A gente já adianta: “Isso pode dar pepino”. Tiro, esfaqueado, politraumatismo grave: a gente deixa tudo encaixado. [...] Chega ao bloco, toca a sirene: “manda sangue O negativo”. [...] “Colhe amostra?”. “Não dá para colher agora”. Quando vai ver, tem uma amostra do paciente na nossa mão [enviado pelo PS]. Ou “você sabe o nome?”. “Não, chegou agora.”; “Nós [banco de sangue] recebemos um sangue há menos de 15 minutos. Foi tiro?”. “Ah, o que tá lá é tiro”. No final das contas, você manda sangue O negativo, só que você tinha a classificação real do paciente (Ei18).

A metáfora da “torre de Babel” é utilizada pelo profissional para explicar que a comunicação está sendo realizada e compreendida de diferentes formas ou não está sendo realizada, como o exemplo mencionado por Ei18, em que os profissionais do pronto socorro

enviaram a amostra de sangue, mas não foi comunicado para os profissionais do CC. As informações são fragmentadas, impossibilitando a compreensão do todo.

Segundo um participante seria necessário um ator que viabilizasse o contato direto entre o profissional que recebeu o paciente no Pronto Socorro e o que irá receber no CC para dar sequência ao cuidado ou preparação dos elementos para o cuidado.

Vai receber o paciente que está vindo pra cirurgia do PA [pronto atendimento], chegou na onda. E aí fala “*o paciente tá assim, assim*”. Quando você vai receber o paciente ele não está assim. Faltou comunicação. Vão passando de um pro outro e até chegar aqui, chega diferente. Acho que tinha que ter uma ligação direta! Aquele que recebeu é que vai passar o caso (Ed31).

A transferência de informações entre equipes e setores (*handoffs*) é reconhecida internacionalmente como momentos críticos e decisivos para a segurança do paciente. No entanto, não existe a possibilidade do profissional que recebeu o paciente no pronto socorro ser ele mesmo o portador da transferência para todos os demais setores que o paciente irá percorrer. Isso porque são diversas as condições, funções e profissionais que recebem o paciente na linha de cuidados cirúrgico. Contudo, há algumas técnicas de comunicação que podem ajudar. O SBAR (do inglês *Situation, Background, Assessment, Recommendation* ou Situação, Background, Avaliação, Recomendação) é um exemplo que fornece uma estrutura mnemônica para uma mensagem. Inicia-se o esclarecimento do problema com informações básicas, seguido por uma avaliação da situação e uma recomendação. Essa ferramenta melhora a eficiência da comunicação por permitir maior acurácia das informações transmitidas e traz benefícios aos profissionais, pois se cria uma linguagem comum, concisa e estruturada, promovendo a segurança do paciente (SALMAN *et al.*, 2012).

Segundo Morin (2003), a compreensão perpassa pela relação subjetiva com o outro, de simpatia, o que pode ser favorecido pela projeção, pela identificação. A compreensão é, assim, o grande problema atual da humanidade, mais do que a comunicação ou em consequência dela. Contraditoriamente, para a compreensão, não basta a comunicação, a primeira pode ser afetada ou ajudada pela comunicação, seja tecnicamente (telefone, e-mail) seja pelo domínio do código (língua). Mas é preciso que a compreensão aconteça, pois a comunicação por si mesma não pode gerar a compreensão (MORIN, 2003).

Os profissionais mencionaram algumas oportunidades de melhoria para o caos que é a Onda Vermelha, a saber: maior organização; revisão de medicamentos e materiais

disponíveis; melhoria da comunicação; critério e equidade no uso de bolsas de sangue “O” negativo.

É um processo muito rápido e precisam estar muito ensaiadas. Não ensaiadas no sentido real da palavra, a gente nunca vai conseguir ensaiar um atendimento de emergência, mas muito organizadas (Ei30).

A anestesia traz alguns questionamentos de material que queriam deixar pronto, precisa ver com a CCIH [...] (Ei30).

[...] podia ter mais treinamento de organização de uma parada cardíaca, por exemplo. Chega uma onda, uma urgência, fica aquela confusão! Não sabe quem é que vai buscar o sangue, quem vai pegar o acesso do paciente, quem que vai auxiliar o anestesista, quem que vai abrir o material (Ed8).

[...] entra na sala de politraumatismo, punciona para ligar o soro: colhe amostra e identifica. [...] No bloco, a primeira coisa colher e enviar para o banco de sangue. Não há condição de suprir um paciente de politraumatismo de 10, 15 bolsas de sangue O negativo. Faz 15 bolsas O negativo, o cara morre! Aí tem uma parturiente, vai sensibilizar ela? Uma menina de 20, 25 anos. [...] tem que ter esses cuidados para não fazer demais para um e faltar para o outro [...] Qualquer grãozinho de sangue numa emergência, 1ml já dá uma ajuda enorme. [...] Vai ser benéfico pra ele [paciente] e para o banco de sangue. Na transfusão, na real, você está fazendo um transplante (Ei18).

O profissional Ei18 também sugere que, na reorganização do processo de trabalho na Onda Vermelha, tenha uma pessoa responsável (elo) para solicitar o hemoderivado. Segundo o profissional, basta 1 ml de sangue, porque a técnica de classificação para uma emergência é em tubo e não em gel, o que leva menos de um minuto, que é o mesmo tempo de disponibilizar uma bolsa de “O” negativo. Posteriormente, os técnicos do banco de sangue utilizam a técnica em gel que leva 10 minutos para a classificação do grupo sanguíneo e que é mais fidedigna. É necessário que isso seja de conhecimento de todos os profissionais, no sentido de racionalizar o uso de bolsas de sangue “O” negativo.

A ampliação da segurança em procedimentos cirúrgicos requer investimentos no conhecimento em relação ao ato cirúrgico (PANCIERI *et al.*, 2013) e tudo o que o permeia. A qualidade no atendimento ao paciente em situação de emergência depende da ação de todas as pessoas envolvidas nessa missão (CALIL *et al.*, 2010). Algumas melhorias foram mencionadas pelos profissionais, mas não se almejou descrever a totalidade, até porque “[...] a totalidade é a não verdade” (ADORNO *apud* Morin, 2003). Um dos axiomas da complexidade é a impossibilidade do saber completo, inclusive teoricamente (MORIN, 2003).

A dimensão dos problemas de segurança do paciente em estado de emergência surgiu como um problema de saúde pública e de saúde do trabalhador, apesar do pouco reconhecimento da sua extensão. Foi observado que os profissionais do CC em questão, bem

como dos setores que fazem interface no atendimento à Onda Vermelha, estão na aurora de um esforço que ainda necessita de múltiplas ações, a fim de alcançar meios para a organização e aplicação de princípios de cirurgia segura na situação de emergência com comunicação efetiva.

Apesar de todas as arestas que necessitam serem modificadas, no momento da emergência, as questões mudam de significado, há maior envolvimento da equipe e um trabalho interdisciplinar. O conjunto dos atores humanos – profissionais, alunos, pacientes – e, não humanos – materiais, equipamentos e medicamentos – produz um movimento e promove a assistência cirúrgica de emergência.

#### ***4.2.3 Efeito borboleta: pequenas ações podem resultar em grandes incidentes na assistência cirúrgica?***

O título desta subcategoria tem origem na pergunta “*Predictability: Does the flap of a butterfly’s wings in Brazil set off a tornado in Texas?*” (LORENZ, 1972, p. 1) que, em tradução livre para o português, quer dizer: O bater das asas de uma borboleta no Brasil dispararia um tornado no Texas?

Por meio deste questionamento, Edward Norton Lorenz, um meteorologista, matemático e filósofo norte-americano, iniciou sua apresentação na 139ª reunião anual da Sociedade Americana para o Progresso da Ciência, em 1972 (LORENZ, 1972). Seus estudos asseveram, entre outras questões, que uma simples e pequena ação no início ou decorrer de um evento – como o suave bater de asas de uma ou várias borboletas – afetará o desfecho de tal evento, na sucessão de fatos que venham a ocorrer, gerando algo imprevisível como um tornado em outro local do mundo, pela leve movimentação do ar pela borboleta (LORENZ, 1972; LORENZ, 1963).

Apesar de a frase ser apenas uma afirmação simbólica dentro da Teoria do Caos, significa que ações, aparentemente insignificantes, têm potencialidade para provocar grandes consequências. Este é o objetivo desta subcategoria: tecer, por meio de relatos dos profissionais, como as pequenas ações concorrem para a ocorrência, ou até mesmo a prevenção, de incidentes cirúrgicos.

Como já abordado anteriormente, os incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. O termo “desnecessário” significa que há certos danos que são necessários na assistência à saúde,

como por exemplo, uma incisão para realização de laparotomia, não sendo considerados, portanto, como incidentes (OMS, 2009).

Os incidentes originam-se de atos intencionais dos profissionais (violações) ou de atos não intencionais e incluem as seguintes situações: (1) circunstância notificável; (2) *near miss*; (3) incidente sem dano; e (4) incidente com dano ou evento adverso (OMS, 2009). A seguir serão discutidas estas situações, a partir dos conceitos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) (OMS, 2009) e dos relatos dos profissionais desta pesquisa. Vale ponderar que foram escolhidos somente alguns casos relatados para exemplificação e que encaixá-los na taxonomia ICPS foi difícil, dada a interpretação dos conceitos e a falta de informações detalhadas do desfecho final dos casos.

A primeira situação é de uma “circunstância notificável”, que consiste em uma situação com grande capacidade de causar dano ao paciente, mas que não produziu nenhum incidente (WHO, 2009), conforme os exemplos a seguir.

[...] campo com defeito, avental curto, avental rasgado ou cerzido, foi notificado à CCIH [...] optou ao invés de comprar tecido novo, já atendendo a RDC 15, utilizar o material [descartável] [...] preço considerável, mas melhor pra garantir a segurança do paciente! O objetivo é melhorar o quantitativo para que todas as cirurgias utilizem material de primeira linha (Ei5).

Os incidentes relatados sobre os defeitos no material, apesar de terem potencial, não causaram nenhum dano para o paciente, pelo relato do profissional. Contudo, esses tipos de incidentes devem ser notificados pelos profissionais e, conforme o relato de Ei15, devem resultar em discussão e melhoria, como foi a tomada de decisão para a troca por material descartável. Esse é o alvo principal de se notificar quaisquer incidentes, ou seja, a discussão e a realização de um plano de ação para melhoria contínua da qualidade da assistência cirúrgica. Percebe-se que a mudança nos processos de trabalho não se dá por aspectos lineares, mas, por vezes, é decorrente de uma rede de situações provenientes da desordem e da incerteza.

A segunda situação é de um “*near miss*” que se refere a um incidente que não atingiu o paciente (OMS, 2009), conforme os relatos a seguir.

Já quase contaminaram mesa de cirurgia, mas não contaminaram. Contaminou tesoura, despreza. Já aconteceu de abrir caixa e ela estar molhada, aí despreza e abre outra (Ed4).

Vieram pedir sala: "ah, paciente hígido! Não tem nada, só tá com apendicectomia. Nunca foi no hospital," [...] mas eu descobri, que o paciente há um ano ficou

internado mais de um mês no CTI por IAM [Infarto Agudo do Miocárdio] e estava sem tratamento. Suspendeu as medicações e estava sentindo dores, desconforto e ia entrar para a cirurgia, eu que avisei o anestesiológico! Porque o cirurgião falou que ele não tinha nada [...] Não causou dano diretamente e eu consegui cercar, mas é um absurdo [...] entram com paciente contaminado e que não tomaram precaução de contato, aerossol, paciente com TBC [...] (Ed29).

O primeiro caso relata incidentes com relação à contaminação de materiais cirúrgicos, que não provocaram nenhum dano porque os profissionais, percebendo o ocorrido, desprezaram o material. No segundo caso, o *near miss* consistiu em não identificar ou não repassar a história pregressa de forma fidedigna para os profissionais do CC, uma falha de comunicação na transferência de cuidados do pré para o transoperatório. Isso poderia levar o paciente a um dano, pela exposição a drogas e outros procedimentos, sem considerar o seu histórico. É importante que os serviços de saúde identifiquem e notifiquem os incidentes que não atingiram o paciente (*near miss*), pois esses contribuem para identificar a fragilidade na assistência, que, no futuro, pode levar a um evento adverso evitável (O’KANE *et al.*, 2008).

A terceira situação é de um “incidente sem danos”, que consiste em um evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (OMS, 2009), conforme os relatos.

[...] Preciso do rapaz da radiografia. “Tá nas outras duas salas. Não tem”. Tem que esperar. (Ed22).

[...] teve falha de profissional: colheu amostra trocada de paciente. [...] Ele teve duas sortes que o sangue que foi era O positivo. Passou dois, três dias, veio outra amostra do paciente: “A” positivo. Eu falei: “Não pode! Esse paciente é...”, que a gente tem um registro. “Colhe outra amostra!”. “A” positivo! Amostra foi coletada trocada. [...] Isso é muito grave! Coletou de um, identificou de outro (Ei18).

Os incidentes sem dano ocorrem também de forma imprevisível, como aquele relatado, de ordem estrutural e o incidente de identificação errada da amostra de sangue pré-transfusional, de ordem processual. O processo transfusional, segundo Souza, Oliveira e Teles (2014), é complexo e abrange vários atores e procedimentos. Engloba um conjunto de pontos críticos em que há a efetiva possibilidade de ocorrência de erro. E, embora haja reações que derivam de complicações inevitáveis, em sua grande maioria, essas se devem a erros humanos e, como tal, evitáveis (SOUSA *et al.*, 2014).

Em relação ao grupo sanguíneo da primeira amostra, o sangue “O” positivo, que foi encaminhado para administração no paciente, era compatível com o seu grupo sanguíneo “A” positivo, identificado posteriormente. No entanto, cuidados devem ser tomados nesse sentido, pois o erro humano tem sido uma das principais causas de fatalidades relacionadas com

transfusões por incompatibilidade do sistema ABO. Essa é uma reação grave do sistema imunológico em razão da transfusão de componente sanguíneo, cujo grupo é diferente e incompatível com o do paciente (SOUSA *et al.*, 2014). Nos EUA, a frequência de mortes evitáveis por transfusão, atribuídas à falha na identificação da amostra de sangue pré-transfusional da unidade de sangue ou do destinatário, varia de 1:600.000 a 1:800.000 transfusões (KROMBACH *et al.*, 2002).

Por fim, a quarta possibilidade de um incidente, e talvez a mais complexa pelo desfecho final, é o incidente com dano, também denominado evento adverso (WHO, 2009). O primeiro caso dessa quarta possibilidade de incidente foi marcante para o conjunto dos profissionais do hospital em estudo, sendo relatado por vários deles.

Um rapaz veio fazer apendicectomia e parece que deu defeito no carrinho de anestesia. [...] ficou sem ventilar muito tempo e fez uma hipoxemia grave. Morte cerebral! Uma apendicite em fase um, que faz todo dia e ele morreu! [...] o anestesista não fez o *checklist* do aparelho. [...] Jornal e televisão. Anestesista afastado. Confusão. Da pior forma possível (Ei20).

Um paciente veio operar apendicite. Parece que o carrinho de anestesia estava com problema. Uma chave que devia estar virada e não estava. O paciente foi a óbito. [...] É triste! A gente imagina que naquele lugar podia estar um amigo, um familiar. Foi uma fatalidade! Abala! [ênfase] (Ed31).

[...] homem de 32 anos veio para o bloco com apendicite à noite. Quem fez a anestesia, ao invés de conectar o oxigênio e ar comprimido, só fez a conexão do ar comprimido. [...] teve um dano neurológico irreversível, [...] foi para o CTI. Como as janelas não eram teladas o paciente teve uma miíase [...]. Ao contrário do CTI que teve cuidado com o bloco de não dizer que foi uma falha do anestesista, foi o oposto com o CTI. [...] Queriam ver quem era o culpado. O CTI tinha um problema de área física, já notificada à diretoria, mas naquele momento não tinha como resolver, e a equipe do bloco foi muito dura. Foi uma decepção a maneira como foi tratado o caso. Para nenhum profissional é agradável o erro, mas é complicado resolver erros procurando culpado sem olhar o entorno, o processo de trabalho [...] (Ei25).

Tivemos um caso que foi um evento seríssimo! [...] paciente operado de apendicite, relativamente simples e teve um problema na oxigenação durante o procedimento. [...] evoluiu com uma hipóxia transoperatória. [...] não se identificou o motivo dessa baixa oxigenação [...] Teve uma internação prolongada em CTI, vindo a falecer [...] foi um marco negativo, a gente tenta sempre aprender [...] foi feita revisão completa de todos os carrinhos, feito uma nova revisão. A fabricante do carrinho participou das avaliações [...] Houve substituição por modelos mais modernos que talvez evitassem esse problema. A gente fica mais atento por causa desse fato, foi isolado, mas muito negativo; marcante e a gente não quer que aconteça de novo (Ed21).

Os relatos mostram um caso com dano irreversível ao paciente que poderiam ser evitados com observação rigorosa de pequenos detalhes e se fosse admitido pelos profissionais, que toda cirurgia implica riscos. Os detalhes, as causas e as repercussões do incidente com o paciente operado devido a uma apendicite em fase inicial, eletiva,

considerado um procedimento simples, foram variadas, indo do fator humano à falha no equipamento. Em um estudo sobre eventos adversos na área da anestesiologia, em hospitais de Boston, a desconexão do circuito respiratório foi a categoria mais frequente (COOPER; NEWBOWER; KITZ, 1984). No entanto, segundo Fortis (2009), atualmente, é possível avaliar de forma contínua, de maneira segura, qualitativa e quantitativamente, mediante monitorização, diversos parâmetros do equipamento de anestesia e do medicamento, como fluxos, pressões, volumes concentrações. Tais recursos possibilitam verificar se o equipamento está cumprindo aquilo para o qual foi programado (FORTIS, 2009). Para tanto, é necessário um equipamento anestésico moderno, que corresponda às exigências normativas e à qualificação dos profissionais para operacionalizá-lo, bem como a um ambiente livre de distrações e interrupções.

O paciente, antes da constatação do óbito, teve um episódio de miíase, devido às más condições da estrutura física (janelas sem telas) do CTI. Ressalta-se que há mais de 150 espécies de insetos que podem causar miíase em humanos, suas larvas podem gerar necrose e destruição dos tecidos infestados, com vários sintomas, dependendo dos locais acometidos e da intensidade da infestação (SILVEIRA *et al.*, 2015). Este acontecimento, além do dano ao paciente, gerou conflito entre as equipes do CC e do CTI.

Apesar do entrevistado dizer que foi um fato isolado e que a liderança e profissionais trabalharam para que os incidentes não tivessem recidiva, o mesmo problema ocorreu com outra paciente. Desta vez, foi percebido antes que houvesse uma lesão tão séria, mas foi necessário tratamento intensivo e, portanto, classificado como um evento adverso.

[...] menina de 15 anos com abdome agudo, parecia apendicite e o residente me pediu pra operar com ele. Cheguei, examinei, vi os exames: irritação peritoneal. [...] No bloco ela foi anestesiada, entubada e quando a gente incizou a pele subcutânea, o sangue estava muito escuro e tinha uns 5 minutos que tinha sido entubada. [...] perguntei ao anestesista: “O sangue tá escuro, está bem ventilada?” Parecia um sangue não oxigenado! Ele olhou, ela estava sem ser oxigenada. No monitor estava bradicardizando. Teve uma parada cardíaca. [...] massageamos, ela voltou. [...] foi para o CTI. [...] não teve nenhuma sequela, por sorte! É uma sensação péssima para quem está operando, [...] para quem tá anestesiando [...] nessa época, teve um paciente com sequela neurológica grave, acabou morrendo no CTI, porque deixou de ser ventilado, por falha do carrinho de anestesia, uma falha na válvula! [...] Aconteceu comigo, a sorte é que a menina não teve sequela. Aneuro fez TC de crânio, tudo normal. Imagina se a menina morre? Entrou na cadeira, despediu da mãe na porta do bloco, [...] Pode acontecer! Mas é muito doloroso para todo mundo, [...] o anestesista falou: “Não sei o quê que aconteceu, entubei a menina. Coloquei pra ventilar, ventilou bem. O bocal do ventilador não desconectou do tubo”, os gases que ele usou estavam ok. A gente não conseguiu chegar a uma conclusão do que aconteceu (Ed19).

A comparação dos episódios leva a algumas reflexões. Embora no primeiro caso, à primeira vista o erro tenha sido do anestesiológico que não manipulou adequadamente o carrinho de anestesia, o cirurgião daquele procedimento poderia ter percebido a coloração do sangue não oxigenado e alertado o anestesiológico, assim como o profissional do último caso (incidente com a menina) o fez. Assim, evidenciam-se duas questões. Primeira: o incidente ocorre por fatores sistêmicos e não individuais. Segunda: mostra uma contradição ao ditado popular que diz que “o raio não cai duas vezes no mesmo lugar”. Os erros podem, sim, ocorrer mais de uma vez na mesma instituição ou de forma semelhante ou idêntica em diferentes locais. Por isso, quando há a ocorrência de um incidente, é importante que seja amplamente discutido com toda a equipe multiprofissional para que todos possam participar da discussão, no sentido de se criar barreiras. Também é importante que uma instituição aprenda com as falhas de outras. Nesse sentido, se não houver um gerenciamento do erro ou da falha, ele se repetirá, uma vez que o risco não encontrará barreiras que impeça a ocorrência de incidentes (REASON, 2000).

O risco, segundo a WHO (2009), é a probabilidade de ocorrência de um incidente, ou seja, a probabilidade de um indivíduo sofrer algum dano em razão da exposição a um perigo. Perigo é uma circunstância, um agente ou uma ação com potencial para provocar danos (WHO, 2009). Para mitigação de perigos e do risco, é necessário analisar a causa raiz dos incidentes para adotar barreiras eficazes que impeçam a reincidência dos incidentes. Segundo Vendramini *et al.* (2010), a análise da causa raiz envolve uma abordagem baseada em sistemas que avalie todas as atividades na organização, contribuindo para a manutenção e a melhoria da segurança, tais como o progresso no desempenho dos processos e a administração dos riscos.

Assim, o efeito borboleta conforma-se também no sentido da prevenção aos incidentes, ou seja, ações positivas como a realização do *checklist* do aparelho (barreira), têm potencialidade para prevenir grandes eventos, como no primeiro caso citado, no qual ocorreu um dano irreversível que resultou no óbito do paciente operado por uma apendicectomia.

Dos participantes da pesquisa, apenas um dos profissionais relatou um incidente em que ele esteve diretamente envolvido e que consistiu em um evento adverso.

Eu acho que todo anestesista tem muita intercorrência para contar! Agora intercorrências que geraram óbito do paciente assim, são raras! [com ênfase]. Mas eu já tive. Eu fiz uma raqui, um bloqueio anestésico e o paciente, logo depois, teve uma parada, fez uma hipotensão muito grande, parou e não voltou (Ed17).

Esse evento adverso ocorreu quando o profissional estava ainda na residência. Ele não deu detalhes sobre as possíveis causas, mas, de certa forma, assumiu a responsabilidade e conta, por meio de depoimento, que é uma situação difícil de vivenciar. O clima no ambiente de trabalho fica tenso no momento do incidente. Os profissionais são acometidos por uma miscelânea de sentimentos, como consternação e preocupação, além de alguns ficarem sem ação, apavorados e em estado de choque com choro inconsolável, e outros têm o humor alterado, chegando a agredir os colegas verbalmente, conforme relatos a seguir. O óbito, principalmente decorrente de um incidente, é o desfecho mais dramático, trágico. Considerando-se ainda, que esses incidentes ocorrem em um hospital, referência para urgências e emergências, onde o morrer é um acontecimento frequente e tratado com mais naturalidade que em outros setores da rede intra-hospitalar ou extramuros do hospital.

Diferente do médico do CTI, que todo dia tem um óbito [...] O médico que trabalha com resgate na estrada, chega e a pessoa está morta. Isso é mais comum. Na anestesia, isso é incomum graças a Deus. As pessoas podem pensar o contrário, anestesia é um negócio perigoso demais, então deve morrer gente toda hora, não! [...] passa meses e meses sem acontecer um caso desses [...] intercorrências menores, o paciente parar de respirar, ter que acudir rapidamente, momentos estressantes, isso é comum! Toda hora! (Ed17).

Foi péssimo! É uma cirurgia que 99,9% das vezes a alta é no dia seguinte [...] a não ser quando é uma apendicite complicada. Mas no caso dele era uma apendicite em fase inicial, e tem um resultado trágico. Os profissionais envolvidos ficaram extremamente consternados, preocupados. É... Muito chateados! (Ed21).

Um anestesista preparou as drogas para uma intubação. Pediu para o técnico de enfermagem administrar, o que era de responsabilidade dela [ênfase]. [...] Aramim que era dois mL, mandou fazer a seringa inteira. [...] a pressão da paciente foi a duzentos e sessenta. [...] Ela ficou louca, a médica, quando viu que a menina tinha feito tudo. Mandou fazer o antagonista. [...] deu um grito [com ênfase] com a técnica. A técnica ficou mais apavorada do que ela. Foi um caos total! A menina ficou em choque foi substituída. [...] começou a chorar... E não parava. É uma menina nova, com pouca experiência. Primeiro emprego (Ed26).

Nas situações de incidentes em sala cirúrgica, nota-se um “caos”, conforme mencionado por Ed26. Por se tratar de um incidente imprevisível, o equilíbrio entre razão para agir e tomar as decisões e a tranquilidade para isso é instável e subjetivo, de profissional para profissional. Esse (des) equilíbrio em meio ao caos, provocado pelo incidente, é um desafio para todos os profissionais envolvidos, principalmente para aqueles com pouca experiência, como no caso da circulante envolvida em seu primeiro emprego.

Um estudo, com o objetivo de identificar os sentimentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros de medicação, também mostrou diversos sentimentos, como pânico, desespero, preocupação, culpa, vergonha, medo e insegurança, causando instabilidade

peçoal e profissional, e também omissão dos episódios (SANTOS *et al.*, 2007). Esses sentimentos interferiram na assistência e perduraram na lembrança dos profissionais, associados ao medo de errar novamente. Contudo, os participantes do estudo reconheceram o valor dessa experiência para seu aprendizado e a importância de transformá-la em estratégias pessoais de prevenção para evitar novos erros (SANTOS *et al.*, 2007).

Enfim, pelos dados desta pesquisa somados ao incidente sem dano relatado a seguir, foi possível perceber que, geralmente, um incidente ocorre a partir de pequenas ações ou de um conjunto de pequenas ações ou acontecimentos, gerando um efeito borboleta. E, quando ocorrem, há uma desestabilização da ordem e o caos impera no ambiente.

O dia que entornou mais de dois litros de formol dentro do bloco [...]. Nós alisamos cabelo sem querer [risos]. Foi um caos! [ênfase] Um caos. Paciente dentro de sala entubada [...] é um evento que sai completamente do nosso controle. Pode acontecer. Qualquer hora, qualquer local. [...] todo dia a gente coloca material dentro do formol no bloco, mas a partir desse evento, a gente tomou mais cuidado e outras condutas para administrar esse material (Ed26).

Teve um derramamento de formol no bloco. [...] a peça era muito grande, um intestino inteiro, rompeu o plástico. A gente está providenciando vasilhames maiores. [...] O bloco veio aqui porque a gente tem a FISC, que é a ficha de segurança de cada reagente e lá ele indica o que fazer [...] teve cinco atestados de funcionários, porque eles iam para outro emprego. [...] Um acidente que acontece tem que ter uma coisa errado, o que? O volume daquilo, dentro daquele plástico, não comportava! [...] Isso deve ser discutido na SIPA do hospital, onde se discute todos os acidentes com os envolvidos, [...] tentaram terminar a cirurgia, ou dar andamento e depois foi esvaziado e a segurança do trabalho acompanha [...] (Ei24).

O caso mostra que situações simples, como a incompatibilidade do tamanho da peça anatômica com o recipiente, geram incidentes de forma imprevista. Nessa situação, estava sendo atendido um paciente proveniente de Onda Vermelha na sala de emergência, desviando a atenção dos profissionais desse atendimento, pois o cheiro do formol se espalhou por todo o CC, e os profissionais colocaram máscaras de proteção N95 (específica para tuberculose).

Essa desordem presente nesta parte do sistema (sala operatória) resultou em transtorno em todo o CC. Repercutiu também no laboratório que foi acionado por que possuíam uma ficha que descreve as ações após algum acidente com produto químico e também por ser o setor que encaminha as peças anatômicas para a empresa terceirizada responsável pela análise do material. O setor de segurança do trabalho também foi envolvido para abordar os profissionais presentes no incidente. Percebe-se que as partes são constituídas e conectadas por diferentes atores humanos (paciente/profissionais) e não humanos (formol, plástico para colocar a peça anatômica retirada do paciente, ficha de descrição de ações pós-acidente com produto químico). Percebe-se também que alguns incidentes ocorrem de forma imprevisível,

mesmo em ações realizadas rotineiramente. Ou seja, um efeito borboleta pode mudar o cotidiano de trabalho do CC.

Por outro lado, essa desordem fez com que os profissionais fizessem revisão dos processos, mesmo aqueles rotineiros para alcançarem uma organização. É possível afirmar que há uma riqueza na desordem, na casualidade e na complexidade, ou seja, essas situações oportunizam aprendizado e mudança nos processos de trabalho. O sistema encontra sempre meios para sair do caos, por meio de mudanças, integração e organização, ocorrendo de forma dinâmica e proporcionando crescimento e flexibilidade.

Enfim, os relatos dos profissionais e a metáfora do bater de asas de uma borboleta, escolhida para esta subcategoria, onde uma pequena ação pode transformar todo um processo, mostraram que a complexidade dos incidentes e o caos proveniente deles potencializam a transformação dos processos de trabalho. Além disso, contribuíram para a abordagem frente aos incidentes, podendo profissionais, pacientes e seus familiares, se posicionarem dentro do contexto, nunca linear, e do caos ocorrido quando do incidente.

#### ***4.2.4 Abordagem institucional frente aos incidentes: efeitos da cultura organizacional***

O engenheiro erra, a terra mostra. O médico erra e a terra encobre (Ed12).

O que mais preocupa não é o grito dos violentos, dos corruptos, desonestos, dos sem ética. O que mais preocupa é o silêncio dos bons (MARTIN LUTHER KING).

Esta subcategoria busca conhecer a forma com que os profissionais do hospital em estudo lidam com os incidentes que ocorrem na instituição. Ou seja, a percepção sobre os incidentes, bem como a realização de notificações, discussão, treinamentos, tratamento e divulgação dos incidentes no sentido de possibilitar o aprendizado e o redesenho de todo o processo de trabalho por meio do ocorrido. Perpassando pelo acompanhamento dos familiares e pacientes que estiveram envolvidos em uma situação indesejada.

Essas reflexões ajudarão a entender como se configura no hospital em estudo a complexa e imprecisa cultura organizacional. Segundo Morin (2000), há uma relação triádica entre indivíduo/sociedade/espécie. Os indivíduos são produtos da reprodução da espécie humana que acontece por meio de dois indivíduos. As conexões entre os indivíduos produzem a sociedade que assiste o nascimento da cultura e que retroage sobre os indivíduos pela cultura. Assim, “[...] é a cultura e a sociedade que garantem a realização dos indivíduos, e são as interações entre indivíduos que permitem a perpetuação da cultura e a auto-organização da sociedade” (MORIN, 2000, p. 55).

A cultura de uma organização pode ser um grande empecilho para qualquer mudança significativa, mas também pode ser uma importante arma na batalha contínua pela segurança (VICENT, 2009), assim, é imprescindível uma política institucional de segurança instituída pela liderança para promoção de uma cultura de segurança. A cultura de segurança se insere no campo do pensamento complexo, sendo difícil de mensurar e deve ser refletida de forma multidimensional, considerando o todo e as partes como um tecido único que forma o cotidiano de trabalho no hospital e fomenta a propagação da segurança institucional ao longo do tempo. A cultura interfere na assistência desde a admissão até a alta do paciente, bem como influencia na perenidade da confiança, segurança e reputação institucional.

Mesmo com tantos incidentes relatados no CC em estudo na subcategoria anterior, ainda há um mito de que o erro não acontece. É algo que está longe, no noticiário dos telejornais. Ou se acontece, foi em outro plantão, em outra especialidade, em outra sala operatória na qual o profissional faz questão de não estar presente.

No meu plantão pelo menos, não [...]. A gente ouve falar assim, na televisão, essas coisas. [...] (Ei14).

Na cirurgia X [nome da especialidade], em nenhum momento aconteceu [incidentes]. Nas outras clínicas, eu não estou nas salas pra saber (Ed16).

O reconhecimento dos riscos institucionais e da falibilidade humana são um dos principais pilares de uma cultura de segurança fortalecida, madura, não sendo identificado no hospital em estudo. Essa tendência à negação pode advir da cultura punitiva que impera ainda nos serviços de saúde de uma forma geral, principalmente nos hospitais em que ainda prevalece o poder pelo saber-fazer e a questão hierárquica tem força no cotidiano entre os profissionais de saúde.

A baixa percepção da ocorrência de incidentes pode advir também do foco do procedimento cirúrgico ser a cura da doença. Por isso, há a necessidade de estar ausente do cenário em que ocorreu um incidente. Também por questões óbvias da tensão gerada e que, desde a formação, o discurso é de que os profissionais da saúde não podem errar. Nesse sentido, segundo Morin (2003), a universidade é conservadora, por memorizar e ritualizar uma herança cultural de saberes, ideias, valores; é regeneradora, por reexaminar, atualizar e transmitir essa herança; e é geradora de saberes, ideias e valores que passam, então, a fazer parte da herança (MORIN, 2003). A herança acadêmica nega que o erro vem, de longos

tempos, perpetuando no cotidiano de trabalho nos dias atuais, sendo necessário repensar esse discurso enraizado.

Há também um paradoxo do silêncio *versus* ruídos transmitidos pela “rádio peão”, quando algo indesejável ocorre na assistência cirúrgica ao paciente. Os comentários sobre o incidente ocorrido tanto perpassam entre os profissionais mascarados de um segredo quanto ficam enterrados em um silêncio ensurdecedor.

Quando acontece [incidente] não é divulgado! [com ênfase]. Ninguém conta: “Operei o lado errado!”, “Deixei uma compressa na barriga do paciente”. A coisa fica no grupinho que viu, que participou e que sabe! (Ed16).

O plantão da noite foi passando pra gente do dia, mas ficou aquela coisa: "Oh aconteceu isso, isso." “Nossa!”, “Mas aí, não fica comentando" (Ed31).

Eu costumo brincar que o médico, o cirurgião, tem uma vantagem muito grande sobre o engenheiro. “O engenheiro erra, a terra mostra. O médico erra e a terra encobre” [risos] [...]. O engenheiro faz uma casa torta, todo mundo vê. Se o paciente morreu a terra vai encobrir. (risos) [...] (Ed12).

A expressão “O engenheiro erra, a terra mostra. O médico erra e a terra encobre” denota algo da cultura de ocultação e subnotificação do erro. A citação de Martin Luther King, no início desta subcategoria, expressa os malefícios do silêncio dos profissionais diante dos incidentes, sendo algo preocupante por não trazer melhoria aos processos de trabalho. Pode ser que esse silêncio seja resultado de um rumor constante de milhões de vozes na sociedade que nega a falibilidade humana, principalmente do profissional de saúde. Fernandes e Queirós (2011) confirmam que há evidências de um paradigma da ocultação e punição do erro. No estudo desses autores, os enfermeiros relataram que, quando notificam um incidente, eles mesmos se tornam o centro da atenção e não o incidente (FERNANDES; QUEIRÓS, 2011). Esse comportamento de imputar culpa também ocorre na instituição em estudo, conforme a seguir.

[...] o pessoal ficou meio olhando assim pra ele [faz um barulho de leão]: “Ah, você foi culpado!” Sabe? Ficou um clima bem chato! (Ed8).

Dizem que errar é humano, mas mais humano ainda é apontar um culpado. É um ditado popular que vai ao encontro da situação de ocorrência de um erro na assistência à saúde. Erro, pela classificação da OMS, é uma falha não intencional na execução de um plano de ação conforme esperado ou a sua execução de forma incorreta. Ocorre tanto por fazer a coisa errada (erro de ação) quanto por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) no

momento de planejar ou executar (WHO, 2009). Após um erro, as pessoas fazem julgamentos rápidos e acusam quem está mais obviamente relacionado àquela ocorrência. Isso revela o que está por trás, nos bastidores do incidente. Os fatores reais e toda a complexidade do incidente são desvelados somente após investigações cuidadosas e detalhadas (VICENT, 2009). Esse tipo de julgamento rápido é típico também da mídia, que rompe o silêncio institucional promovido e arraigado na cultura organizacional. Isso ocorre principalmente no caso de erros graves e que geraram a morte de pacientes.

Todo mundo soube! O Super [jornal sensacionalista] soube. [...] Aí não teve como [incidente foi grave, com óbito] (Ed11)

No Brasil, nos últimos tempos, assistiu-se à exposição dos profissionais da linha de frente na mídia, principalmente por meio da acusação de profissionais de enfermagem pelos erros decorridos da assistência. Segundo Wachter (2010), a mídia é vista por muitos como um mecanismo favorável por garantir a responsabilização, levar os profissionais a reforçarem regras e garantirem os recursos necessários para melhoria da qualidade. De fato, segundo o autor, é difícil encontrar serviços de saúde tão energizados quanto aqueles que tiveram expostos os seus erros na mídia, e são vários os exemplos que, turbinados por erros midiáticos, reforçaram a segurança institucional (WACHTER, 2010).

No entanto, a exposição na mídia pode levar também ao medo institucional e individual, estimulando ainda mais a atmosfera de silêncio, aumentando também as chances de não discutir e aprender com os erros ocorridos (WACHTER, 2010). Além disso, a exposição na mídia ocorre, por vezes, de forma desnecessária ou incoerente, envergonhando publicamente os profissionais e destruindo suas carreiras. Por outro lado, essas notícias midiáticas sobre erros geram também uma série de discussões positivas no país, com foco sobre a formação dos profissionais e condições de trabalho.

Além de achar um culpado, há na fala dos profissionais do estudo a necessidade, talvez predominante ainda, de punição. Existe até mesmo uma indignação de não se ver alguma penalidade, sendo para eles um recurso de prevenção da recorrência do incidente, sendo que os que buscam culpados podem estar envolvidos em incidentes no futuro. Por outro lado, o medo da ação judicial prejudica o diálogo sobre incidentes.

Falha acontece, mas aí tem de punir a pessoa [...] errar é humano, mas dependendo não pode ter aquele erro! [ênfase] Porque é vida, né? Tem de ter uma punição, sim. Uma advertência. Alguma coisa para não acontecer de novo (Ei14).

Nunca vi ninguém ser mandado embora [com ênfase] ou receber uma advertência, uma suspensão por nada que aconteceu com o paciente. [...] deveria ser levado até mesmo, se acontecer uma coisa muito grave [com ênfase], aos órgãos cabíveis. Uma coisa que não acontece (Ei15).

O medo da responsabilização penal dificulta o diálogo para saber. [...] para tentar evitar e melhorar e mudar alguma política (Ed17).

[...] a família entrou com ação judicial, [...] parece que tinha médico na família, então assim, foi um caso muito complicado [...] (Ei1).

Pela experiência dos profissionais, as medidas disciplinares, inclusive o acionamento da justiça, são pequenas frente às ocorrências de erros e incidentes, sendo dependente do conhecimento das famílias sobre seus direitos. Na saúde muitos erros envolvem lapsos que são falhas nos comportamentos automáticos que podem atingir os profissionais mais competentes e experientes. Os lapsos não são intencionais e não podem ser prevenidos pelo medo de ações judiciais, além de que os profissionais da linha de frente não são realmente os culpados, pois são apenas os últimos da linha em uma longa cadeia de erros (WACHTER, 2010). Entre os múltiplos problemas complexos da área de segurança do paciente, nenhum é mais difícil do que o equilíbrio entre a abordagem sistêmica da “não culpabilidade” e a necessidade de responsabilização (individual, administrativo e organizacional) (WACHTER, 2010).

Ainda que esteja correto, o princípio basilar da segurança do paciente, qual seja, que os erros envolvem sistemas disfuncionais, em vez de maus profissionais, percebe-se também que a responsabilização é um atributo fundamental de um sistema seguro. Isso para que se tenha credibilidade entre os profissionais e população frente à ocorrência de ações inseguras como, por exemplo, erros cometidos por profissionais embriagados, habitualmente descuidados ou que não seguem normas básicas (WACHTER, 2010).

Além disso, as agências regulatórias e o legislativo podem avaliar a abordagem da “não culpabilidade” como comportamento corporativista e não como uma estratégia para trabalhar as causas raiz da maioria dos erros. Se chegarem a essa conclusão, poderão interferir mais sobre a prática da saúde, utilizando penas duras, frequentemente politizadas, dos sistemas jurídico, regulatório e de pagamentos (WACHTER; PRONOVOST, 2009). Assim, James Reason, citado por Wachter (2010), diz que é necessária uma cultura justa para se desenvolver um ambiente de confiança, no qual os profissionais sejam estimulados e recompensados por agirem com foco na segurança, mas que também esteja claro o limite entre o comportamento aceitável e o inaceitável para garantir a segurança dos pacientes.

Há uma diferenciação na visão e na forma de abordar o erro dependendo da categoria profissional. Isto é fortemente influenciado, segundo os profissionais, pelo corporativismo profissional e pelo saber-fazer.

O médico nunca erra! [...] Essa é a visão deles. [...] Acho que é o saber, né? Como ele está lá no topo. Estudou mais ou continua estudando, ele acha: “Sou superior!”. Em conhecimento ele é superior, sim! [com ênfase] (Ed12).

[...] os médicos são o que eu queria que a enfermagem fosse: unida! Erros médicos, se a gente não vê, não sabe, o assunto morreu ali! [ênfase] Não é como a gente, “Nossa! Fizeram isso, isso!”, não! Eles não têm isso! (Ed11).

Se um técnico faz coisa errada é chamado atenção, se o enfermeiro cometer qualquer falha, a supervisão é acionada! [ênfase] Isso também deveria acontecer com os médicos e não acontece! [ênfase] [...] médicos acham que mandam, que sabem tudo, que são deuses, né? (Ei15).

Essa discrepância nas abordagens disciplinares, segundo Wachter (2013), também ocorre nos EUA, onde há dois pesos e duas medidas. Os hospitais são treinados em cultura justa, mas evitam disciplinar, principalmente, os médicos. Esses são autônomos e podem mudar de hospital, não sendo atrativo para a direção aplicar alguma penalidade em função do seu comportamento e prática. O resultado disso é uma cultura de não responsabilização dos médicos, mesmo em hospitais com medidas disciplinares para enfermeiros (WACHTER, 2013).

Além da forma de lidar com o erro ser diferente, dependendo da categoria profissional, há uma disputa para encontrar o culpado entre os diferentes profissionais.

[...] carrinho de anestesia não estava funcionando e o paciente teve sequelas. No empurra-empurra de culpados a corda sempre arrebenta do lado mais fraco. Só que a gente mostrou que o responsável era x [...] [O anestesista disse] que foi o técnico que não observou, mas o responsável é o anestesista. [...] durante a cirurgia se ele tem que ir ao banheiro, ele pede a gente pra observar, mas ele estava na sala e não notou o mau funcionamento. Quando chegou outro anestesista e notou. A gente achou que era problema do equipamento, mas depois viu que não. O dispositivo que libera ou não o oxigênio estava desligado. O anestesista não ligou (Ed13).

Inicialmente caiu tudo em cima da engenharia hospitalar. E aí conseguiu comprovar isso [que a falha não foi no equipamento], a diretoria entrou no meio [...] (Ei1).

Há um jogo de responsabilidades no enfrentamento dos incidentes influenciado pelas diferenças nas categorias e funções. Além disso, os atores não humanos também influenciam nas relações interprofissionais. Os cirurgiões e anestesistas comandam as tecnologias duras, como o carrinho de anestesia e o bisturi, enquanto os demais profissionais são responsáveis

por auxiliar no uso dos não humanos, ou mantê-los em funcionamento como no caso da engenharia hospitalar. Na ocorrência do incidente, a relação que se estabelece é fortemente influenciada pelas diferenças dadas entre as funções e pelos elevados gradientes de hierarquia entre as categorias profissionais. Segundo Wachter (2013), os gradientes de hierarquia entre profissionais são característicos da cultura presente nos serviços de saúde e versam na distância psicológica entre o colaborador e o seu supervisor.

No caso relatado por Ed13, o anestesista tinha uma posição hierárquica culturalmente maior, ficando numa relação assimétrica com o técnico de enfermagem e com o profissional da engenharia hospitalar. Percebe-se que os gradientes de hierarquia estão presentes não somente entre os profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente cirúrgico, mas também na relação destes com os que atuam indiretamente. É desprezado, de certa forma, um saber-fazer das ações indiretas, mas que pode auxiliar na prevenção e mitigação de incidentes na assistência direta ao paciente.

Tudo isso faz com que, instintivamente, os profissionais tenham um comportamento defensivo no que se refere a relatar e discutir a ocorrência de incidentes e erros em seu trabalho, dado o medo de punição.

[o caso] da anestesia da paciente que operou e faleceu na mesa. A primeira coisa que o ortopedista do outro lado fez foi levantar a mão: “Eu não fiz nada”. Com medo da gente da anestesia, culpá-lo de alguma coisa [...] (Ed17).

Defender-se, se isentando da responsabilidade por algum ato, também é humano. Segundo Keatings *et al.* (2006), isso é histórico devido à cultura de imputar culpa, fazendo com que os profissionais se posicionem instintivamente de forma relutante e defensiva. Ademais, este comportamento pode advir da atmosfera social vivenciada desde criança, das penalidades exageradas quando o erro era evidenciado e da falta de diálogo que foi sendo cultivada na sua educação. Inclua-se também o fato de ser difícil para um profissional, que dedicou tanto para sua atuação profissional, vivenciar uma situação que ele aprendeu que era inconcebível para um bom profissional, dando a entender que, quando erra, é sinônimo de não ser bom profissional. Vivenciar um incidente no qual se foi à última barreira para evitar o erro é “um negócio muito solitário”.

Na hora do evento adverso, entra gente, ajuda e tal, mas na hora de assumir a complicação, aí é sempre um negócio muito solitário! [...] quando eu vi, eu era residente ainda, estava só eu e meu preceptor. Desapareceu todo mundo! [com ênfase] (Ed17).

Conforme relatado por Ed17 e também Vicent (2009) afirma que o erro é vivenciado em dramática solidão. Desse erro, pode resultar processo penal, censura explícita ou silenciosa da sociedade e dos pares (MARTINS; FRAGATA, 2014). Nesse sentido, é necessário o acompanhamento do profissional, sendo este considerado a segunda vítima, que vivencia com grande sofrimento o ocorrido.

Para o profissional ele já estava cumprindo aviso prévio. [...] foi um negócio até difícil de abordar! [...] ele acabou carregando esse peso para onde quer que tenha ido. As pessoas se conhecem de outros hospitais, e a gente tem de vez em quando notícia que realmente foi um trauma muito grande (Ed21).

Ela teve o apoio da supervisão de enfermagem. Na hora tentamos acalmá-la porque estava em estado de choque. Não tinha a menor [ênfase] condição de escutar que ela não pode administrar uma droga que outra pessoa prepara. [...] no outro dia é que chamamos para conversar [...] Foi bom ter acontecido, ela é nova, recém-formada e a orientamos. [...] Todo mundo perguntou para ela e para os outros colegas querendo saber o que tinha acontecido. Foi um clima muito ruim pra ela. Todo mundo falando pelos corredores. [...] (Ed26).

A expressão de Ed21 “foi um trauma muito grande” se referindo ao profissional diretamente envolvido no incidente mostra que a ocorrência de incidentes gera um impacto negativo pessoal e profissional, segundo Mira *et al.* (2015) os profissionais são a segunda vítima do incidente ocorrido. Os eventos adversos podem causar ansiedade, insônia, perda de confiança e concentração no trabalho, sentimento de derrota, depressão, angústia e outros sintomas nervosos foram respostas comuns de profissionais que estavam na linha de frente na ocorrência de erros (VICENT, 2009; MIRA *et al.*, 2015). Contudo, segundo Vicent (2009), uma pequena proporção dos erros é muito traumática para os profissionais. Um erro se torna traumático quando: o desfecho, ou seja, a consequência para o paciente e família é grave; quando há raiva ou angústia do paciente ou família; se o erro for resultado de uma conduta em desacordo claro com os padrões recomendados; depende da reação dos colegas de trabalho, seja de apoio ou crítica; falta de apoio da família e dos amigos; e, se o profissional for muito autocrítico (VICENT, 2009). Independente se foi muito ou pouco traumático para o profissional, é necessário que este seja acompanhado por profissionais que o ajudem a superar os traumas. Porém, segundo Mira *et al.* (2015), a maioria raramente recebe qualquer treinamento ou educação sobre estratégias de enfrentamento para este fenômeno, incluindo o apoio necessário para lidar com a tarefa de contar os pacientes e familiares sobre o evento adverso ocorrido.

No entanto, é necessário revelar e acompanhar os pacientes e familiares envolvidos em situações indesejáveis provocados pela assistência à saúde. A comunicação dos incidentes ocorridos aos pacientes e famílias (*disclosure*) é considerada um dos pilares para promoção da cultura de segurança, mas é um processo que exige muito treinamento e a participação de outros profissionais, principalmente da psicologia.

O paciente foi levado pro CTI, teve uma atenção diferenciada, principalmente no suporte psicológico à família. A psicóloga [...] deu o celular dela pra família. [...] a relação ficou muito interessante, a família teve atenção direto. Foi um caso que foi realmente cercado, pra minimizar o que já estava muito ruim pra não ficar pior. [...] A diretoria com a psicologia presente [contaram para a família sobre o incidente] [...] Eu, particularmente, não participei dessa conversa (Ed21).

O sofrimento vivenciado, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes e familiares, após um incidente é ainda maior se este incidente tiver como drástico resultado a morte. Há, como esperado e relatado nos discursos dos sujeitos desta pesquisa e na literatura, um grande sofrimento. Contudo, mesmo sendo obrigatório moral e eticamente, revelar os erros é algo pouco realizado, devido à incerteza sobre como os pacientes – e familiares – reagirão, bem como devido ao receio das medidas disciplinares e legais (HOBGOOD *et al.*, 2005; GARBUTT *et al.*, 2007). Além de que é uma situação muito difícil, para a qual, em geral, há pouca orientação ou treinamento (VICENT, 2009) e não é um tema abordado durante a formação dos profissionais de saúde. No estudo de Belela *et al.* (2010), realizado em um hospital de São Paulo, em 2008, dos 110 erros de medicação notificados, 95,8% não foram informados aos pacientes e familiares. Não revelar o ocorrido para quem sofreu o dano é considerado um comportamento desleal para com os pacientes, famílias e comunidade, além de desperdiçar valiosa ocasião para melhorar o cuidado prestado (KEATINGS *et al.*, 2006).

Há também resistência para a realização das notificações. Isso é maior quando o incidente envolve diferentes categorias profissionais, havendo um embate e novamente um jogo causado também pelos diferentes gradientes de hierarquia.

O anestesista não queria que abrisse a notificação do evento adverso (pausa). [...] eu não posso omitir um fato desses. Até porque é uma coisa que todo mundo viu, [...] Não só por isso, mesmo que ninguém tivesse visto... Eu, enquanto profissional, jamais omitiria! O erro aconteceu (Ed26).

[...] as pessoas ainda não acolheram o evento como oportunidade de revisar processo e melhorar condição de trabalho. Ainda entendem, principalmente quando são de categorias diferentes, o evento adverso como Uma... Uma entrega do outro: “Estou denunciando o outro” [...] (Ei30).

Os dois relatos acima são do mesmo incidente de administração de medicamento em que estiveram envolvidos um anestesista e um técnico de enfermagem, sendo relatada a dificuldade e tensão gerada no ato de notificar. Segundo Martins e Fragata (2014), os médicos nunca souberam lidar com o erro por múltiplas razões. Dentre elas, devido à cultura tradicional baseada na perfeição, que condecora modelos infalíveis, ignorando a fragilidade da ciência e o pressuposto de que a partir do erro o conhecimento avança; o erro é quase sempre sinônimo de negligência ou falha de caráter; e, por fim, devido às consequências penais e de censura dentro e fora da instituição (MARTINS; FRAGATA, 2014). Contudo, mesmo que haja profissionais, sejam médicos ou não, que acham que não erram, eles não são “superprofissionais” e têm a mesma inclinação para o erro como qualquer outro ser humano. Assim, Morin (2000, p. 47) afirma que os seres humanos, onde quer que se encontrem “[...] devem reconhecer-se em sua humanidade comum e ao mesmo tempo reconhecer a diversidade cultural inerente a tudo que é humano”.

A maturidade, no quesito notificação pelos diversos profissionais, é um processo que leva tempo e se desenvolve a partir da evolução da cultura da segurança. No entanto, há casos que são mais fáceis de serem notificados, como os incidentes devido à queda.

[...] funciona bem para alguns eventos. Outros, ainda em construção. [...] no primeiro semestre eu tive 16 quedas na cirúrgica. [...] os profissionais estão muito afiados na notificação. Caiu, notificam! [...] para outros eventos isso não é tão claro, não é tão fácil de trabalhar. A queda é como se não tivesse um culpado, quando é um erro de administração de medicação é como se para aquela situação tivesse que eger um culpado pra notificar (Ei30).

[...] nos últimos tempos as notificações aumentaram em volume e mudaram de perfil. Antes era muito mais a equipe de enfermagem que notificava, agora está equilibrando com a equipe médica e as outras categorias (Ei23).

Os profissionais de enfermagem sempre foram os que mais notificaram. Segundo Garbutt *et al.* (2007), as barreiras para que os médicos notifiquem vêm da cultura da autonomia profissional, a qual enfatizou, ao longo do tempo, a responsabilidade individual pelos resultados da assistência aos pacientes.

Há maior facilidade em notificar alguns casos que outros, por exemplo, os incidentes por queda, mencionado por Ei30 e também por Souza *et al.* (2014). Essa facilidade é devido ao pensamento de que a queda não tem um responsável direto, ou talvez que foi “culpa” do paciente ou do familiar que estava o acompanhando.

No processo de maturidade do sistema de notificação, a qualidade das notificações foi citada pelos profissionais. Foram realizados diversos treinamentos pelo setor de qualidade

com o objetivo de disseminar o uso do formulário de notificação, mas muitos profissionais afirmam que não o conhecem.

Foram realizados vários treinamentos referentes à notificação de evento adverso [...] A gente queria que notificassem, mas depois que começou, a gente viu que não estava legal. [...] eu não divulgo, não faço discussão do perfil e índice das notificações por que não tenho fidedignidade dos dados [...] tem muita dificuldade com a qualidade dos relatos (Ei23).

Vi um dia um médico fazer uma notificação de uma enfermeira e a enfermeira fazer a notificação do mesmo médico. Em dois computadores e salas diferentes. Isso é briguinha pessoal, não é pra ser notificado (Ed16).

Notificou no prontuário, [...] formulário específico de notificação adversa estou sabendo que existe agora que você está me falando. [...] (Ed19).  
Nunca usei. [formulário de notificação] [...] Por não precisar. E se um dia precisar vou saber não. Vou ter que pedir alguém pra me mostrar (Ed31).

Todos conhecem [formulário de notificação]! Atualmente as notificações estão mais focadas no cuidado do paciente e não em problemas pessoais ou problemas de relação com o chefe ou qualquer pessoa que seja (Ed21).

Interessante que, segundo o relato de um entrevistado que ocupa cargo de chefia, todos conhecem a metodologia de notificação, mas muitos profissionais nem sabiam da existência de um formulário próprio para notificação. No estudo de Garbutt *et al.* (2007), 40% dos sujeitos da pesquisa também não sabiam se em sua instituição havia um sistema de notificação e 9% disseram que não estava disponível, mesmo tendo o sistema na instituição.

Para Ed21, a qualidade das notificações já ultrapassou as falhas iniciais, mas, segundo outros profissionais, muitas notificações realizadas não têm o menor sentido, são questões de cunho pessoal, por má relação interprofissional ou pequenas questões que não configuram um incidente. Percebe-se assim, uma necessidade de alinhamento conceitual entre os diversos profissionais, além de treinamento com foco na qualidade das notificações. A falta de dados fidedignos e qualidade das notificações podem ser devido à cultura organizacional, que indica “[...] uma poderosa influência das forças sociais para moldar o comportamento” (VICENT, 2009, p. 101), refletindo o comprometimento dos profissionais, desde a notificação até a prevenção e mitigação de incidentes.

A falta de qualidade dos dados, segundo os profissionais, tem gerado a não divulgação de estatísticas de incidentes. Parece ser uma justificativa plausível, no sentido de não propagar uma informação incompleta. Porém, indica imaturidade organizacional e falhas no sistema de notificação de incidentes. Uma das principais falhas no sistema de notificação de incidentes do hospital, para os profissionais, é a metodologia escolhida de não identificar o notificador.

Aqui, você faz uma notificação e não precisa se identificar. [...] Não tem muito sentido não! [...] quando eu notifico, eu me identifico! Eu não estou notificando pra brincar, pra acusar ninguém, eu estou notificando pra que aquilo não se repita e que a gente possa corrigir o erro (Ed16).

Existem três principais métodos de se notificar incidentes: anônimo, confidencial e aberto. No método anônimo não se identifica o profissional, isso encoraja a notificação, mas não permite o acompanhamento, uma vez que não é possível responder às questões surgidas com a investigação. Nas notificações confidenciais, o nome do notificador é conhecido, mas protegido pela instituição, exceto em caso de má conduta ou ato criminoso, quando é revelado para as autoridades cabíveis. Esse método permite que possam ser realizados questionamentos ao autor da notificação. Por fim, nos sistemas de notificação abertos, todos os profissionais e locais de atuação são publicamente identificados. Esses raramente são usados na saúde, pois há grande possibilidade de publicidade indesejada e acusação (WACHTER, 2013).

No hospital em estudo, o formulário de notificação fica disponível na intranet e os profissionais acessam voluntariamente. Segundo Lorenzini, Santi e Bão (2014), a notificação voluntária é o procedimento mais empregado para detectar incidentes. No entanto, tem-se como limitação a subnotificação, devido a limitações de tempo, a falta de sistemas de informação apropriados, o receio de litígio, a resistência em relatar os próprios erros, a falta de conhecimento sobre a importância dos incidentes e a falta de mudanças após a notificação (LORENZINI; SANTI; BÃO, 2014). Além disso, os sistemas voluntários não podem ser utilizados de forma isolada para avaliar taxas de erros. É necessário lançar mão de outras técnicas que possibilitem identificar erros e situações de risco, como busca em prontuário e *trigger tool* (identificação de elementos rastreadores que podem dar pistas de que tenha ocorrido um incidente). Por outro lado, o método voluntário de comunicação é o mais útil para a indução de alterações comportamentais (LORENZINI; SANTI; BÃO, 2014).

As notificações realizadas pelos profissionais do hospital em estudo vão para o *e-mail* do setor de qualidade, sendo separados e enviados para a chefia do local em que ocorreu o incidente, para que este responda à notificação. Quando é algo grave, o setor de qualidade e, muitas vezes, a própria diretoria trabalham juntos com a chefia na investigação do incidente. Em vários relatos sobre o tratamento dos incidentes, principalmente os graves, a participação da diretoria foi mencionada pelos profissionais, evidenciando a importância dada pelos sujeitos sobre o comportamento da liderança. O líder é o modelo a ser seguido; é este que influencia o desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças dos colaboradores da instituição, fortalecendo ou não a cultura organizacional (YAFANG, 2011).

Observou-se outra falha do sistema de notificação que é a ausência de discussão multiprofissional sobre os incidentes ocorridos, por medo da culpabilização, embora alguns profissionais em cargo de liderança tenham afirmado que se têm discutido os casos graves.

[...] era pra ter mais diálogo [...] para a pessoa ter liberdade até de pensar em hipóteses do evento adverso pra tentar melhorar a assistência. Não pra punir! Mas uma coisa puxa a outra. [...] é difícil a pessoa abordar esse tema sem se expor, sem gerar provas, aquele princípio da justiça que ninguém é obrigado a gerar prova contra você mesmo [...] quando acontece um evento adverso, tem que ter mecanismo para driblar isso tudo, porque esses eventos adversos fazem a equipe crescer (Ed17).

A gente passa no corredor é possível ve-los falando com o preceptor e o preceptor puxando a orelha [risos], [...] Quando é com a gente, é discutido, chamado pra reunião, conversa com a pessoa, depois abre reunião pra não acontecer de novo. A supervisão [de enfermagem] fica mais em cima [...] de médico, quando acontece algum erro [...] não é aberto com a gente (Ed8).

Teve umas notificações graves num passado recente [...] que a gente conseguiu apresentar de uma forma tranquila. [...] conseguiu um espaço pra discutir. Apesar das pessoas ainda ficarem na defensiva. [...] infelizmente a gente ainda não conseguiu partir para os encaminhamentos. Todo mundo viu, todo mundo ficou chocado com o que aconteceu, a gente conseguiu discutir. [...] mas nós não conseguimos encaminhar ações concretas. [...] Mas já foi um ganho pelo menos a gente conseguiu discutir. Porque isso é uma coisa assim: “Nó! isso não pode nem sair daqui!” (Ei23).

Os profissionais de saúde são instados a discutir com os colegas os erros para que o evento possa ser analisado e sua recorrência evitada, mas, muitas vezes, tal iniciativa se atém à discussão informal entre os colegas (GARBUTT *et al.*, 2007). A ausência de discussão multiprofissional, seja diante de um incidente ou mesmo no planejamento da assistência ao paciente, é um forte paradigma a ser superado na cultura dos serviços de saúde. Isso só fortalece a conhecida distância que existe entre o que se sabe em teoria nas diversas disciplinas e o que se aplica no cotidiano (*know-do gap*), que é complexo e ocorre pelo conjunto de ações dos diversos profissionais. Segundo Garbutt *et al.* (2007), a disposição dos médicos para relatar, discutir com colegas e pacientes os erros é ameaçada pelo medo de litígios e preocupação em manchar a reputação profissional.

A falta de discussão aberta na equipe multiprofissional pode resultar também no desconhecimento dos profissionais sobre o desfecho final dos incidentes. Não há um retorno para quem notificou e não há divulgação para os demais colaboradores, visando o redesenho dos processos de trabalho, como pode ser constatado nos relatos a seguir.

Isso foi notificado, deu processo, mas nunca mais ouvi falar! Não sei que rumo levou (Ed4).

Eu já fiz formulários [de notificação de eventos adversos] e já enviei nunca recebi, nunca obtive resposta! [...] nunca a minha chefe chegou e falou: “Olha, chegou uma resposta sobre uma notificação” (Ei15).

Acho que o processo judicial permaneceu, o fim que [gaguejo] teve não sei! A diretoria entrou no meio e tudo, mas não sei qual a conclusão [...] depois não me interessou mais e eles não iam passar informação [...] cabia eu provar que não foi falha do equipamento e graças a Deus eu consegui (Ei1).

Há um sigilo sobre as investigações do incidente, seja no nível local, no hospital, seja quando há alguma ação judicial. A transparência requerida para uma cultura de segurança forte ainda não é norma no hospital em estudo e nas instituições de saúde em geral. De certa forma, os profissionais se sentem até aliviados por terem saído da discussão do caso. Além da falta de discussão e *feedback* das notificações, não há treinamento para todos os profissionais após a ocorrência do incidente.

E a situação foi levada inclusive pra diretoria que me chamou pra saber o que tinha acontecido. [...] Não foi feito treinamento com a equipe (Ed26).

[...] depois desse acontecido toda vez eu olho pra chave (pausa). [...] Ficou marcado. Vou lembrar sempre. Nunca um paciente entra na minha sala que eu não confiro essa chavinha no carrinho. [...] No dia, tinha uma anestesista que estava comigo na sala [...] Ela me mostrou, falou “*essa chave aqui*”. E me explicou o funcionamento, que eu não sabia. [...] Não. Que me chamasse pra treinamento não. Eu comentei com a anestesista e ela me explicou, me mostrou. [...] Ninguém... [dos colegas tiveram aquele treinamento em serviço] Acho que não (pausa) (Ed31).

No incidente do paciente que veio a óbito, devido a um lapso do profissional não ter se atentado para uma válvula do oxigênio no carrinho de anestesia, pelos depoimentos, somente um profissional, movido pela curiosidade, recebeu “treinamento”, mesmo que informal dentro da sala cirúrgica. É necessário que, frente aos incidentes ocorridos, se realize ações educativas abrangentes para promover a capacitação e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam direta e indiretamente na assistência cirúrgica, com vistas à melhoria sistêmica dos processos de trabalho. Assim, mais atenção precisa ser dada à qualificação dos atores humanos, uma vez que, segundo Vicente (2009), as falhas técnicas – dos atores não humanos –, embora possam ser importantes, exercem geralmente um papel secundário na ocorrência do incidente.

Apesar de ainda não fazer parte da rotina, os profissionais acreditam, apesar das diversas barreiras, que a discussão, tanto pós-ocorrência de um incidente quanto discussões científicas e administrativas, minimizaria diversos problemas.

Muitas coisas pequenas que acontecem, podiam ser resolvido, se fosse mais discutido [...] Seria ótimo! Mas não é discutido (Ed8).

Não tem corrida de leito com todos os cirurgiões. [...] só de cada preceptor com o residente. Quando a gente tem aula com o residente é porque eles pediram um tema específico, não existe um programa. Reunião científica, discussão em equipe, faz muita falta! [...] Tá faltando essa parte acadêmica Não basta eu querer, o S1 [coordenador médico] ou qualquer outro querer fazer. Tem que ser determinado pela coordenação junto com a diretoria [...] é uma falha e eu acho que aumentaria a segurança na assistência (Ed19).

Na correria do dia a dia, essas coisas vão sendo deixadas pra trás. [...] Imagina querer que uma pessoa saia de outro emprego pra vir aqui numa reunião, é difícil. O ideal é que fosse dentro da carga horária, mas a gente tem falta de pessoal [...] Mas tudo é uma questão de prioridade, se a prioridade for qualidade, então tem que ter gente discutindo isso no horário de trabalho, né? (Ed17).

As causas citadas pelos profissionais sobre a ausência de reuniões, até mesmo para discussão de aspectos fundamentais para a prática multiprofissional, foram múltiplas, mas todas as causas são devido à falta de prioridade na qualidade. Isso é uma responsabilidade da liderança. Até mesmo a comissão de morbimortalidade, que é obrigatória legalmente, não tem funcionado efetivamente no hospital. E, quando funcionava, era cercada de discussões não produtivas, revelando uma cultura organizacional ainda imatura.

A discussão de morbi mortalidade de um ano e meio para cá, não existe. [...] a gente pegava um caso para discutir, dava muita briga! [...]. Os cirurgiões brigam muito [ênfase] entre eles! A gente não fazia uma reunião, fazia um ringue. (risos) [...] você chama todos os sujeitos envolvidos no caso, aí o médico briga com a enfermeira, a enfermeira com a fisioterapeuta. A gente estava criando inimizades, não há maturidade para discutir o caso (Ed19).

É necessário que haja uma comissão em permanente funcionamento para revisão de óbitos nas instituições hospitalares de ensino (BRASIL, 2007). Compete à essa comissão a avaliação de todos os óbitos ocorridos, devendo ainda manter estreita relação com a comissão de ética médica do hospital, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações (BRASIL, 1993). A comissão de revisão de óbito, além de obrigação legal, é um mecanismo fundamental para garantia da qualidade e segurança, sendo que o trabalho realizado, mesmo retrospectivamente, tem grande potencial de promover a correção e o aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente. No entanto, é um local de disputa, de desentendimento dos profissionais na discussão dos casos. Nesse sentido, segundo Morin (2005, p. 50), “[...] o drama das comissões é que elas são compostas de mentes notáveis individualmente: porém, a originalidade delas faz com que se anulem umas às outras”.

A ausência de conclusão dos casos e, conseqüentemente, de melhorias, pode causar falta de interesse, levando até mesmo os profissionais que notificavam a pararem de notificar. Os casos ficam “enterrados” no passado. “Foi um caso”, entre outros.

[...] uma notificação: o bloco afirma que enviou um apêndice de uma paciente. No livro do anátomo patológico do bloco, tá lá: paciente fulano, apêndice, horário e a assinatura, por exemplo, Maria, e eu não tenho ninguém chamada Maria. Inclusive eu faço controle de assinatura dos meus funcionários. [...] tudo leva a crer que a peça não veio [...] Até o momento não [foi identificado o que aconteceu]. [...] Agora, lá [no setor de Qualidade], eu não sei como tem sido a apuração. [...] a Qualidade se achar alguma coisa grave vai cobrar o andamento: “Procurou o outro setor?”. Nesse caso eu nem procurei! Todos os indícios é que eu não recebi! Então eu nem sei se foi retirado [o processo de investigação], se não foi, eu não sei (Ei24).

[...] já preenchi formulário de evento adverso por alguns motivos: casos cancelados, falta de sala [...] pra mim é um... Um grande evento adverso. Insuficiência do bloco cirúrgico: evento adverso! Falta de anestesista: evento adverso! Só que não mudou nada! Então... Eu parei de preencher! Porque eu gastava mais tempo. [...] Nenhum. [feedback das notificações] (Ed22).

O retorno da notificação para o notificador é um fator de sucesso para a perenidade de um sistema efetivo de notificação de incidentes. Caso não seja realizado, todo o esforço de implantação gera falta de credibilidade e abandono pelo profissional. Nesse sentido, segundo Vicent (2009), quando de fato se investiga um incidente, essa análise reforça o respeito necessário aos profissionais de saúde e aos seres humanos em geral, pois “[...] impressionante não é o número de erros que ocorrem, mas sim, dadas as numerosas oportunidade de confusão, como tudo vai bem tão frequentemente” (VICENT, 2009, p. 110).

Se, por um lado, existe falta de conclusão dos incidentes, de outro, se tem dificuldade em analisá-los. Há um constrangimento do profissional em responsabilizar o colega, pois ele se coloca em seu lugar em um contexto que a falibilidade humana é inerente à prática.

É desagradável estar numa comissão de sindicância, discutir o erro do colega, um erro que você já poderia ter feito, que não teve culpa. É difícil atribuir culpa quando se trabalha com possibilidades de evento adverso (Ed17).

[...] recebi uma comunicação de uma notificação de outro colega que uma paciente reclamou na ouvidoria que ele a teria desrespeitado. Pedindo pra eu apurar. Como? Eu não estava no dia. A paciente não está mais no hospital. Vou conversar com o colega, ele vai falar que não teve nada daquilo. Conversei com o técnico de enfermagem, ele falou que não teve (Ed16).

Além da dificuldade de julgamento, há também barreiras para se procurar o colega para conversar, sendo mais fácil perguntar para uma pessoa que possui um nível de hierarquia profissional inferior. São múltiplas as maneiras e perspectivas de se realizar uma investigação dos incidentes e erros ocorridos, como já visto na abordagem com foco no indivíduo e na abordagem com foco no sistema. Na primeira, as ações de melhoria são voltadas pra reduzir a variabilidade indesejada no comportamento humano, como exortações, cartazes que trazem a sensação de medo das pessoas, medidas disciplinares, ameaças de litígio, treinamentos,

medidas voltadas para investigar o culpado e envergonhá-lo perante seus pares e sociedade por meio da mídia (REASON, 2000), suspensões e demissão do trabalho. Segundo Reason (2000), essa abordagem tende a tratar os erros como questões morais, assumindo que os mesmos acontecem por meio de profissionais ruins. Na abordagem de sistema, as contramedidas partem do pressuposto de que, embora não se possa alterar a condição humana, é possível mudar as condições em que os profissionais trabalham. O foco é nas barreiras, nas defesas que devem ser construídas no sistema (REASON, 2000).

Foi relatado que há falta de ações concretas após a notificação dos incidentes, no entanto, mesmo sem essa formalização, alguns incidentes geram mudanças no processo de trabalho, como pode ser visto a seguir.

Paciente com pé diabético precisou de cultura para guiar o tratamento no pós-operatório. [...] já aconteceu do bloco perder essas amostras e a gente ter que usar empírico, com o espectro maior, mais tempo, e se não adiantar ter que voltar para o CC, fazer tudo de novo. [...] teve que começar a descobrir porque que perdia. Descuido mesmo! Às vezes separou numa gaze e alguém jogou a gaze fora! [...] colocou no álcool e danificou. Pela gente não [notificou], nenhuma vez. Eu não sei se pela CCIH [...] como aconteceu uma vez, duas, três vezes, a gente vai atrás e muda uma coisa sem ter feito a notificação, sem ter escrito. Mudou o jeito de fazer: passou a colher cinco, ao invés de uma [amostra]. Não foi porque notificou, a gente chegou a um acordo com a CCIH (Ed32).

Os incidentes, principalmente os graves, são frequentemente um estímulo para promover, de forma abrangente, melhorias na qualidade e segurança (VICENT, 2009), notificados ou não. No entanto, a mudança sem a notificação deve levar a uma reflexão do sistema de notificação de incidentes da instituição e do papel do setor de qualidade responsável em promover o desenvolvimento de uma cultura voltada para a segurança.

Contudo, alguns profissionais elencaram formas positivas de tratamento dos incidentes e de mudanças realizadas após algumas notificações, como se vê nos fragmentos a seguir.

Esse caso foi discutido na diretoria [...] eles conduziram de uma maneira muito boa. A notificação da miíase teve. [...] a gente melhorou muitas coisas, as janelas foram teladas, a engenharia participou desse processo de mudar a área física para que não ocorresse mais. [...] Foi uma discussão interessante! A gente conseguiu mudar o processo, que foi o mais importante (Ei25).

[...] foram todos [carrinhos de anestesia] mandados pra análise e voltaram modificados. Trocaram uma válvula, e não tem mais o copo de vidro, com a mangueirinha dentro com óleo, pra lubrificar o sistema do manômetro (Ed8).

Todo paciente que tem reação transfusional, tem que ser notificado para o banco de sangue. A gente faz rastreabilidade se houve contaminação, se foi sangue errado, sangue trocado. [...] Tem uma amostra pré-transfusional, depois da reação tem que colher outro para fazer os mesmos testes, e ver se tem alguma discrepância. [...] a lei

pede que o hemoterapeuta dê resposta à equipe médica, [...] avalia e dá resposta no prontuário do paciente: dar uma medicação prévia; fazer o sangue dele localizado [...] Esses detalhes, ele passa para o médico agir na próxima transfusão. [...] (Ei18).

Para uma gestão operativa da mudança em segurança, é preciso que exista uma análise completa, pois é no âmbito clínico que se identificam barreiras e fortalezas para a expansão da cultura em segurança (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010). Nesse sentido, a transformação do sistema de notificação de incidentes no hospital em estudo necessita de uma análise do cotidiano de trabalho e de reforma do modo dos profissionais olharem os incidentes. Isso depende de outras reformas, principalmente da consciência da liderança e da alta direção para o olhar sistêmico do erro, do incidente, havendo, interdependência geral dos modos como se enxerga os problemas dos incidentes, seja pelos profissionais que executam a assistência cirúrgica direta ou indireta dos pacientes, seja pelos líderes.

É necessário que o hospital em estudo torne-se resiliente, que ininterruptamente previna, detecte, mitigue e diminua o perigo (circunstância com potencial de causar dano) e a ocorrência de incidentes (WHO 2009). Assim, a cultura de segurança deve ser constituída por: (1) cultura justa: consenso entre os profissionais no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; (2) cultura não punitiva: priorização da busca das causas dos incidentes; (3) cultura de notificação: privilegie a informação de incidentes (coleta, análise e divulgação) e encoraje as pessoas a falar sobre seus erros; e (4) cultura de aprendizagem: se a organização constituir uma memória dos incidentes, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles (WHO, 2008). Enfim, essas reflexões mostram que a abordagem institucional frente aos incidentes e erros é influenciada pela cultura organizacional do hospital, a qual é mais complexa, fluida e dinâmica do que se pensava.

### **4.3 Lista de verificação de segurança cirúrgica: da aparente simplicidade a real complexidade**

A obsessão da simplicidade conduziu a aventura científica às descobertas impossíveis de conceber em termos de simplicidade (MORIN, 2011, p. 60).

A OMS lançou, em 2008, a campanha *Save Surgery Saves Lives* (Cirurgia Segura Salvam Vidas) e vem recomendando a utilização de um conjunto de medidas agrupadas em um instrumento denominado Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica ou *Checklist* de Cirurgia Segura, que deve ser seguido durante a realização de uma cirurgia para promover a

segurança do procedimento. Difunde-se que a sua utilização é simples e rápida. No entanto, muitas vezes, desconsidera-se o contexto complexo de uma sala operatória na qual há uma equipe multidisciplinar, com saberes e interesses diferenciados, além de múltiplas situações, sejam com os materiais ou com o próprio paciente, as quais concorrem para a efetiva aplicação do *checklist*. Assim, o discurso da simplicidade no uso dessa ferramenta tem gerado um mito teórico de uma facilidade que não procede no ambiente da sala operatória, onde se utiliza o *checklist*. Isso pode estar interferindo na efetividade de sua utilização na prática.

Nessa perspectiva, esta categoria está subdividida em duas subcategorias, a saber: (4.3.1) lista de verificação de segurança cirúrgica: da implantação aos dias atuais e (4.3.2) melhorias no uso das ferramentas do *checklist* de cirurgia segura.

#### **4.3.1 Lista de verificação de segurança cirúrgica: da implantação aos dias atuais**

[...] tá o quadro [*Time Out*] lá, mas eles não preenchem [...]. Eu vejo o quadro, como se fosse um quadro normal, como se fosse um relógio pregado na parede (Ei27).

No CC do hospital foi introduzida, a partir de 2010, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) ou *checklist*, com adaptações do modelo preconizado pela OMS (Anexo II). Esse instrumento está disponível no prontuário eletrônico do paciente de forma completa e alguns dos itens de verificação contidos no *checklist* foram dispostos em um quadro denominado *time out* (Anexo III) e afixado na parede de cada uma das seis salas operatórias do CC para preenchimento durante a realização das cirurgias. Nas falas dos profissionais, se percebe uma distinção quando se referem a essas duas formas de apresentação da LVSC. Na maioria das vezes, os profissionais referem-se ao *checklist* como sendo o instrumento disposto eletronicamente e o *time out* ao quadro afixado nas salas cirúrgicas. Ambas as formas têm o mesmo propósito que é o estabelecimento de itens de checagem para a promoção da segurança cirúrgica e estão divididos em três partes: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operações.

A utilização de listas e sistemas de verificação é uma prática comum na rotina da construção civil, nas indústrias, como a de aviação e a nuclear, e também na área financeira, onde alguns investidores têm tido sucesso com a ajuda destas ferramentas (GAWANDE, 2011; SCHELKUN, 2014). Na área da saúde foi recentemente introduzida e, por isso, tem merecido investigações de como se tem configurado o seu uso. Esta subcategoria descreve o processo de implantação do *checklist* de cirurgia segura no hospital em estudo; a escolha do

profissional condutor; e a percepção dos profissionais sobre como se configura o uso dessa ferramenta no cotidiano do CC nos dias atuais.

A implantação do *checklist* decorreu da motivação advinda da realização de um curso e uma visita técnica a um hospital em São Paulo, em dezembro de 2009, pelo então coordenador médico da linha de cuidados cirúrgico, demais médicos e diretores do hospital.

Eu estava fazendo um curso no hospital Sírio Libanês, e fui conhecer o bloco. Na porta tinha um quadro com os dados [...] mês a mês [...] se os pacientes passaram pelo *checklist*. Aquilo me chamou atenção! [com ênfase] Eu nunca vi em lugar nenhum! [...] tinha uma enfermeira responsável, conversei com ela e achei super [com ênfase] interessante e muitíssimo importante! [...] (Ed16).

[...] a diretoria abraçou a causa e em Belo Horizonte [este] foi o primeiro hospital a implantar, na íntegra, o *checklist* de cirurgia segura (Ei5).

Apesar do aumento do uso de listas de verificação na área da saúde em todo o mundo, poucos estudos exploraram as experiências de pessoal na utilização dessa ferramenta, e pouco se sabe sobre o processo de introdução da ferramenta no ambiente de cuidados de saúde (THOMASSEN *et al.*, 2010). Segundo os profissionais, o hospital em estudo foi o primeiro de Belo Horizonte a trabalhar com o *checklist* de cirurgia segura. A conscientização sobre a importância do uso dessa ferramenta pela alta direção e o apoio desta para a sua implantação foram fatores críticos de sucesso para o início do uso no cotidiano de trabalho do CC em estudo. No estudo de Freitas *et al.* (2014), a decisão da direção de um dos hospitais em empregar, de forma sistemática e obrigatória, o *checklist* nas cirurgias também influenciou positivamente na sua maior adesão, quando comparado com o outro hospital da pesquisa, em que a implantação foi voluntária e negociada por uma equipe específica. Outro estudo também reconheceu que seria muito difícil implementar a lista de verificação se a chefia não desse apoio ou se tivesse uma atitude negativa (THOMASSEN *et al.*, 2010).

O projeto de implantação do *checklist* foi elaborado e, posteriormente apresentado, pelo coordenador da linha de cuidados cirúrgicos em uma reunião semanal entre a diretoria e todos os coordenadores assistenciais e administrativos. Iniciou-se, assim, a organização e a execução da logística de aplicação desse instrumento.

Dr. K, coordenador, na época, do bloco, foi quem trouxe o *checklist* e nós implantamos. [...] ele que escreveu apresentou o projeto ao hospital em uma reunião com todos os coordenadores assistenciais e administrativos (Ei10).

[...] sentei com a A1, nós fomos organizando [...] compramos esses quadros [Time Out], fizemos aquela divisão do que seria interessante e à medida que foi passando, fomos aprimorando [...] dessa maneira foi implantado (Ed16).

A gente adaptou o *checklist* à nossa realidade, foi mudando ele aos poucos: “Ah, eu acho que a gente tem que melhorar isso, melhorar aquilo” (Ei10).

Pela análise dos relatos, a discussão para a adaptação inicial do modelo de *checklist* da OMS pelo hospital se deu entre o coordenador médico, a enfermeira que ficaria responsável pela condução do *checklist* e profissionais da CCIH, uma vez que os itens incluídos, em sua maioria, são relativos à infecção de sítio cirúrgico e que esse setor é bem atuante na instituição. Os profissionais do setor de qualidade e os representantes de cada uma das especialidades não participaram do processo de adaptação.

Os estudos sobre a implementação do *checklist* verificaram que há sempre a necessidade ajustes às características de cada realidade e especialidade e também adaptações advindas da administração institucional (FREITAS *et al.*, 2014; DACKIEWICZ *et al.*, 2012; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015). No entanto, para a realização dessas modificações, deve-se envolver uma equipe multidisciplinar, que represente as diversas especialidades e categorias da equipe cirúrgica e que se reúna periodicamente para discussões. Além disso, as mudanças no instrumento devem ser validadas pela alta direção, pelos profissionais e ainda passar por um teste piloto para, posteriormente, se tornar o instrumento definitivo (CONLEY *et al.*, 2011). Essas etapas não foram contempladas no hospital, o que interferiu na sua implantação e, principalmente, na sua manutenção ao longo do tempo.

O *checklist* preconizado pela OMS possui 19 itens avaliados e validados cientificamente. A adaptação a este instrumento, realizada pelos profissionais que implantaram o *checklist* no hospital, conformou a adição de outros 19 itens, principalmente aqueles relacionados à infecção cirúrgica. Foram modificadas as descrições de alguns itens e excluídos outros. Em alguns dos itens, há ausência de espaço para checagem, servindo apenas como lembrete para os profissionais. Nesse caso, a falta de campos de checagem prejudica a verificação da adesão àqueles itens. Os itens preconizados pela OMS excluídos mostram uma percepção diminuída da importância daquele aspecto para a segurança cirúrgica. Um exemplo é a apresentação da equipe, requisito que foi relatado entre os profissionais como dispensável, uma vez que todos se conhecem. Apenas um profissional disse que a apresentação faz falta devido à rotatividade dos residentes.

A OMS orienta que, na adequação do instrumento, sejam incluídos itens segundo a realidade de cada serviço, mas não orienta excluir itens já preconizados (OMS, 2009; BURBOS; MORRIS, 2011) e com evidência científica favorável (HAYNES *et al.*, 2009). Nesse sentido, a adaptação do instrumento utilizado no hospital não considerou essas

recomendações. Faz-se necessária uma revisão com a participação do maior número possível de profissionais da rede intra-hospitalar envolvidos direta ou indiretamente na assistência cirúrgica. Assunto da próxima subcategoria.

Após a reunião com os coordenadores, estes ficaram com a responsabilidade de repassar as informações do projeto sobre a implantação do *checklist* para os demais colaboradores das respectivas especialidades, tendo o papel de multiplicar a proposta. Porém, não há evidências, por meio de atas de reunião ou listas de presença, de encontros para essa replicação e não foi realizado um movimento que envolvesse todos os colaboradores na discussão sobre cirurgia segura.

[...] ficou do coordenador da ortopedia, passar para os ortopedistas. A cirurgia plástica passar para os cirurgiões plásticos (Ed16).

[...] com os coordenadores, essa movimentação foi feita, agora se cada um fez com sua equipe eu não consigo informar. Com os enfermeiros, a gente fez nas reuniões de supervisão. Com a equipe técnica de enfermagem, não me lembro de replicar [...] foi mais no dia a dia mesmo [...] A gente pecou nisso! Não foi orientado o porque daquilo, como que era a finalidade (Ei10).

A gente sempre procura, eventualmente, tomar uma conduta ou outra pra melhorar a segurança na cirurgia. [...] um movimento geral, insistente, mais incisivo, regular, isso não existe! Existem ações pontuais (Ed19).

Tem muita palestra de prevenção de acidente, mas cirurgia segura, eu nunca vi! (Ed4).

A tarefa de divulgação da implantação do *checklist* foi dada para os coordenadores e supervisores de enfermagem do CC em reuniões específicas, e para os técnicos de enfermagem do CC de maneira informal, no dia a dia de trabalho. De acordo com a fala da maior parte dos profissionais, não teve uma campanha visível, não houve um movimento amplo com o uso de *folders*, *banner* ou folhetos, palestras de sensibilização inicial e abrangente sobre a temática segurança cirúrgica e educação continuada e simulação do uso correto do *checklist*. A equipe de implantação não discutiu os objetivos, o significado e a maneira correta de se utilizar o *checklist* assim como o quadro de *time out* para os profissionais.

Um estudo que incluiu cinco hospitais de Washington, realizado por Conley *et al.* (2011), em que foram entrevistados líderes de implementação e cirurgiões sobre os processos de implementação da lista de verificação, observou que a eficácia da implantação depende da capacidade dos líderes de explicar o motivo e demonstrar o uso do *checklist*. Nos hospitais em que os esforços foram sistemáticos e houve educação continuada, ocorreu a adesão e o uso

completo da ferramenta pela equipe cirúrgica. Em outros, quando os líderes de implementação deixaram de explicar e mostrar como a lista de verificação deve ser usada, os profissionais não entenderam o objetivo, o que levou à frustração, desinteresse e até mesmo abandono por parte de um dos hospitais (CONLEY *et al.*, 2011).

Assim, a contribuição da lista de verificação para a segurança cirúrgica está diretamente relacionada a sua implementação e sua execução. Além da exigência institucional devem-se ter estratégias de educação continuada e ainda processos de recrutamento que identifiquem profissionais comprometidos com o *checklist* e conscientes da sua importância para a segurança cirúrgica (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2015).

No Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, por exemplo, foram treinados todos os enfermeiros, técnicos de enfermagem, instrumentadores, médicos e anestesiólogos para a implantação do Protocolo Universal para prevenção do lado errado, procedimento errado e paciente errado, da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Foram abordados tópicos sobre a definição e o perfil no CC de erro e evento adverso; etapas de implantação do Protocolo Universal; e como preencher o *checklist*. Os profissionais foram, inclusive, avaliados por questões abertas e fechadas, sendo atribuídos conceitos que os tornavam habilitados ou que deveriam realizar novamente o treinamento (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

Além da falta de divulgação e capacitação de profissionais do CC, os demais setores que participam da assistência cirúrgica no pré e no pós-operatório e os setores que fornecem insumos ao CC, ou seja, os profissionais que atuam de forma indireta, não foram envolvidos.

Não teve uma divulgação, poucas pessoas sabem que é implantado no hospital o checklist da cirurgia segura. Foi muito no bloco, eles definiram lá. [...] não sabemos como é estruturado. Aí existe uma quebra, porque a cirurgia segura não depende só do bloco, ela vai muito [com ênfase] além. Todos os setores que tem paciente com possibilidade de realizar cirurgia deveriam ter sido inseridos nesse processo (Ei25).

A sensibilização dos outros setores, clínica médica, cirúrgica, não! Essa movimentação não foi feita! (Ei10).

As falas dos participantes da pesquisa mostram que o *checklist* foi implantado de forma pontual no CC, não envolveu todos os profissionais que participam da assistência cirúrgica, seja direta ou indiretamente, e, assim, não foi inserido como parte de uma reestruturação de todo o processo da assistência cirúrgica, desde o pré-operatório até o pós-operatório em prol da promoção da segurança cirúrgica. Nesse cenário, os profissionais, tanto os que atuam externamente quanto internamente no CC, principalmente os que trabalham no

período noturno, ficaram à parte do processo, e só conhecem por ouvirem falar ou desconhecem totalmente os princípios de uma cirurgia segura.

Só ouvi falar [sobre Cirurgia Segura]. Os acadêmicos estavam conversando na sala dos médicos, mas eu não fiquei pra poder ver o que era [...] (Ei7).

Eu era enfermeira na clínica cirúrgica, no noturno, pra ser muito honesta, eu não tinha conhecimento que se trabalhava com cirurgia segura (Ei30).

Apesar de ainda não haver uma discussão sobre ações para promover a segurança cirúrgica, os participantes expressaram esse desejo. O envolvimento dos profissionais dos demais setores, além daqueles que atuam no CC, seria importante para que estratégias fossem implementadas em todos os pontos de atenção da rede intra-hospitalar para promoção de uma cirurgia segura. Isso possibilitaria a solução prévia de não conformidades reconhecidas somente quando se aplica a lista de verificação, com o paciente dentro do CC. Assim, defende-se neste estudo a inclusão dos diversos setores nas discussões que abordem a promoção de cirurgias seguras, uma vez que cada um deles faz parte e tem sua importância e responsabilidade dentro da rede intra-hospitalar para promover o sucesso dos procedimentos cirúrgicos realizados.

A ausência de sensibilização capaz de envolver os profissionais desde o início do processo de implantação do *checklist* no hospital, além de não favorecer o desenvolvimento de uma cultura que abarque a mudança, acarreta em resistência dos profissionais àquelas ações. O enfrentamento dessa resistência com ações posteriores não conseguiu envolver naturalmente os profissionais do hospital, uma vez que ocorreu de forma reativa, após o processo ter sido implantado.

A resistência maior foi da equipe médica [...] aí foi feita essa movimentação, mas posterior à implantação (Ei10).

Depois que apresentamos um trabalho na SBAIT [Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado] sobre a cirurgia segura, a gente expôs o banner muito tempo, mas foi uma coisa posterior (Ei10).

Se ele [enfermeiro *checklist*] for parar, eu vou xingar! Já perdi uma hora pra poder começar a cirurgia e ele ainda vai parar todo mundo pra poder escrever um negócio no quadro que eu já fiz? Não! Ele tinha que ter feito isso antes ou então o bloco tinha que funcionar bem pra eu poder concordar (Ed22).

A resistência ao uso da lista de verificação no hospital em estudo ocorreu no início da implantação e permanece entre os profissionais tanto de maneira explícita como velada.

Muitos profissionais entrevistados, apesar de não terem exposto claramente sua resistência à aplicação do *checklist*, a demonstra nas entrelinhas de seus discursos. A resistência é um fenômeno relatado por autores como Gawande (2011). As falas dos profissionais mostraram receio de perder a autonomia e de enrijecer ou atrasar o processo de trabalho que já possui seus atrasos pela falta de planejamento e organização para o início de cada cirurgia.

Contudo, quando os profissionais resistentes entendem a proposta, até se tornam “garotos-propaganda”, ou seja, motivadores da adesão dos demais profissionais, conforme ocorreu em um dos hospitais do estudo de Conley *et al.* (2011). O *checklist* de cirurgia segura da OMS segue as diretrizes da aviação, se mostrando um instrumento claro e de rápida aplicação, caso seja realizado da forma correta. Foi adotado o formato “faça-confirme”, em vez do formato “leia-faça”, para dar aos usuários maior flexibilidade na execução de suas tarefas. E há uma pausa em certos pontos-chave para confirmar a execução das tarefas mais importantes (GAWANDE, 2011).

A resistência por parte dos cirurgiões no hospital desencadeou um processo de sensibilização posterior à implantação. A exposição de um *banner*, após participação de alguns profissionais em um evento científico, também foi uma ação posterior à implantação das ferramentas de *time out* e *checklist*. Não se deve desconsiderar a importância dos profissionais que atuam no serviço mostrarem os resultados para o público externo em eventos científicos, no entanto, melhor seria se os profissionais da rede intra-hospitalar também tivessem ciência e participação nos processos divulgados. Fora que esta medida não divulga a importância e, sim, os atores envolvidos.

A condução do *checklist*, desde a implantação no hospital em estudo, é de responsabilidade de um enfermeiro contratado especificamente para essa função no horário de 07 às 16 horas. Nesse período, esse profissional se desloca de uma sala a outra para iniciar e fechar o preenchimento das ferramentas, não conseguindo estar presente durante todo o tempo do procedimento cirúrgico. Além disso, nos horários sem a presença desse profissional a aplicação dos instrumentos fica sob a responsabilidade do enfermeiro supervisor que, muitas vezes, não consegue conduzi-los, principalmente no período noturno.

Durante o dia ele funciona mais, porque tem o responsável, mas a noite é uma supervisora só pra tudo! [ênfase] [...] é inviável fazer todos os *time outs* de várias cirurgias e ainda ficar responsável por outras coisas (Ed13)

[...] eu tento ficar na sala quando o paciente chega até a indução anestésica. Depois, saio porque tem outros *time outs*. [...] eu volto pra conferir as questões para o paciente sair da sala: contagem das compressas, tento olhar os instrumentais, a

identificação dos anátomos [...] Essa última parte é mais rápida, você chega, confere e já fecha o *checklist* e o time out. [...] de alguma forma eu tenho que fechar fazer isso *in loco*, em 100% é inviável (Ed28).

[...] estava começando duas cirurgias ao mesmo tempo, qual que ela ia entrar? Ela escolhia uma, a outra ficava sem. Foi o que ela relatou (Ei23).

[...] na medida do possível, ela [enfermeiro do *checklist*] tenta preencher, mas a gente ainda não atendeu 100% de preenchimento. Mas 100% é a nossa meta, mesmo pra casos de extrema urgência, que é o caso da onda (Ed21).

A meta da adesão da aplicação do instrumento em todas as cirurgias mencionada por um dos profissionais se contrasta com a metodologia adotada. A proposta de se ter uma única pessoa responsável pela condução, na prática, não assegurou a aplicação do *checklist* em todas as cirurgias, observando-se uma pequena diferença quando se analisa o uso em geral. Em uma análise realizada neste hospital o preenchimento do *checklist* foi de 58,3% do total de cirurgias (n=24.421) realizadas em todas as especialidades nos cinco anos (2010 a 2015), sendo que nenhum foi completamente preenchido. Nos dias úteis, de 7 às 16 horas, quando há a presença de um profissional responsável pelo *checklist*, foram realizadas 14.266 cirurgias e preenchidos 8.148 *checklist*, conferindo uma adesão de 57,1% (RIBEIRO *et al.*, mimeo).

Dentre as orientações da OMS e do Ministério da Saúde/ ANVISA, é fator de sucesso ter um único profissional na liderança do processo do *checklist* no complexo cenário de uma sala de operações. Esse profissional confirmará a realização de todas as etapas dessa ferramenta para assegurar que cada uma delas não seja omitida na pressa de seguir adiante para a próxima fase da operação (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; OMS, 2009).

Na experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, a execução do Protocolo Universal da *Joint Commission* – precursor do *checklist* de cirurgia segura da OMS – não incluiu profissionais adicionais na equipe de enfermagem do CC. A estratégia utilizada foi a designação na escala diária de um enfermeiro por sala operatória, que fica responsável por garantir a execução de todas as etapas do protocolo de cirurgia segura (VENDRAMINI, *et al.*, 2010). Assim, o entendimento é de que em cada sala de operação tenha um condutor do *checklist* que acompanhe todas as três fases deste instrumento, e não um único profissional para a aplicação dessa ferramenta em todas as cirurgias de todas as salas operatórias do CC, como no hospital em estudo, sendo uma concepção errada, conforme o relato de uma participante da pesquisa do setor da qualidade.

As falas denotam que essa estratégia não tem conseguido a aplicação dessas ferramentas em todos os procedimentos cirúrgicos, pois, além do horário de trabalho do profissional específico ser de oito horas, não abarcando todo o funcionamento do CC, esse

profissional ainda tem o horário de almoço legal para realizar. Esse e outros horários ficam condicionados à disponibilidade dos demais enfermeiros em conduzirem o preenchimento desse instrumento, o que foi relatado que, de forma geral, não se aplica.

Além disso, foi relatado e visto na observação que esse profissional auxilia na assistência, principalmente na punção de acesso venoso e nas emergências, e, de alguma forma, é acionado na discussão da organização da agenda do CC. Mostra-se, assim, que a função do enfermeiro do *checklist*, na verdade, não é tão específica, pois as demais funções em que esse profissional se envolve não são exatamente relacionadas aos itens da lista de verificação. Isso contribui para que o profissional do *checklist* não consiga aplicar a ferramenta adequadamente. Como tática, esse profissional recorre à informação dos técnicos de enfermagem para perguntar algo que ocorreu durante a cirurgia em que ele não esteve presente e, com essas informações, realiza o fechamento dos instrumentos no sistema, já que não consegue acompanhar as três fases da lista de verificação em todas as cirurgias, por terem procedimentos concomitantes. Isso compromete a segurança cirúrgica, pois não consegue apreender possíveis incidentes em curso, sendo algo apenas cartorial e realizado *a posteriori*.

A despeito da dificuldade do profissional do *checklist* em estar na sala durante todo o tempo, os profissionais relatam que, no início da implantação, o *time out* era preenchido em todas as cirurgias, mas que este quadro não está sendo sempre preenchido atualmente.

No começo anotava! Depois o quadro está em branco e a cirurgia acontecendo (Ed31).

Aqui tem o quadro normalmente tem nome, mas nem sempre. O resto não preenche não! (Ed32).

Muitas vezes, você passa lá o quadro tá em branco ou tá assim da última cirurgia que alguém escreveu. [...] (Ei15).

Nunca vi, em procedimento meu, um quadro que não fosse preenchido pelo enfermeiro. [...] Preenche uma única vez: antes da indução anestésica! A gente vai perceber o quadro preenchido... acho que tem gente que nem percebe [...] não é uma coisa que ele divulga pra todo mundo dentro da sala. Até porque o quadro é grande. Todo mundo pode ler o que está escrito lá! (Ed19).

Os participantes da pesquisa mencionaram que, na época em que o médico, que implantou o *checklist*, e a enfermeira, que foi a primeira responsável pelo *checklist*, conduziram esse processo, ele funcionava. É como se esses profissionais fossem para os demais, respectivamente, “pai” e “mãe” do *checklist* na instituição. Isso remete ao *imprinting* revelado pela etologia (estudo do comportamento animal) e mencionado por Morin (2005).

Quando o passarinho sai do ovo, sua mãe passa ao lado e ele a segue. O primeiro ser que passa perto do ovo de onde o passarinho saiu é a sua mãe. Isso é o *imprinting*, ou seja, uma marca original irreversível que é impressa no cérebro (MORIN, 2005). No hospital em estudo, o médico e a enfermeira, por iniciarem o processo, “passaram ao lado do ovo”, os profissionais tomaram-nos como seu pai e sua mãe e há uma ninhada de passarinhos-profissionais que ainda vivem somente com as recordações daquela época. Morin (2005) diz que a invenção acontecerá entre aqueles que sofreram menor impacto do *imprinting* e que foram considerados como discordantes. Esses conseguirão dar continuidade ao processo por conseguirem inovar o uso da ferramenta de *checklist*. Porém, como a implantação se deu sem a participação de todos, sem que todos soubessem a importância da ferramenta, não houve discordantes no que diz respeito à metodologia, ou seja, os profissionais apenas seguiram, mas não aprenderam a voar. Como o pai e a mãe do *checklist* não estão mais à frente do uso da ferramenta na prática cotidiana, os profissionais perderam a referência e o *checklist* caiu no descrédito, no uso automático. Os profissionais não percebem que o seu uso agrega valor, evita incidentes e proporciona maior segurança às cirurgias realizadas.

Além dos relatos da maioria dos profissionais, durante a observação em campo, percebeu-se que na maior parte das cirurgias não há preenchimento do quadro de *time out* e, quando é realizado, o preenchimento tem sido incompleto e fragmentado. O enfermeiro responsável entra na sala, muitas vezes, sem ser percebido, pergunta sobre alguns itens para o paciente, outros para o cirurgião que, dependendo de quem seja, são incluídos mais ou menos itens, e ao anestesista questiona outros itens. Tudo isso de forma fragmentada, em momentos isolados e restritos àquela pessoa, não envolvendo toda a equipe.

Alguns participantes disseram que, principalmente em cirurgias rápidas, com tempo inferior a uma hora, o quadro de *time out* não é preenchido. A literatura mostra uma relação direta entre duração maior da cirurgia e maior preenchimento do *checklist*. Nas cirurgias mais longas, o fato de envolverem grande número de etapas críticas pode ser a justificativa da maior preocupação dos profissionais em se utilizar o *checklist* (FREITAS *et al.*, 2014).

A maioria dos profissionais desta pesquisa disse que, em cirurgias de urgência, e principalmente de emergência, é muito difícil preencher o quadro de *time out* ou aplicar o *checklist*. Segundo Weiser *et al.* (2010), em situações que exijam uma intervenção urgente, tem havido mesmo a preocupação de que o uso do *checklist* irá interromper o fluxo de trabalho e atrasar o tratamento terapêutico, de forma a aumentar o risco para os pacientes. Atrasos são reconhecidos por aumentar o risco no tratamento de apendicite e fraturas

expostas, por exemplo. Não obstante, esses atrasos são medidos em horas, em vez de minutos, e um breve *checklist* pode evitar erros que são comuns em uma cirurgia de urgência. Assim, a hipótese desses autores é de que a implementação do *checklist* em casos cirúrgicos urgentes melhora o cumprimento das normas básicas de cuidados e reduz as taxas de mortalidade e complicações após a cirurgia (WEISER *et al.*, 2010).

Outro problema identificado foi a permanência de registros no quadro de *time out* relativos à cirurgia anterior. Isso ocorre, segundo o responsável pelo *checklist*, em cirurgias que se prolongam após 16 horas, quando termina seu expediente. Apesar de suas solicitações, nenhum profissional se dispõe a apagar o quadro quando o paciente sai de sala. Isso traz um descrédito para a ferramenta, além de ser um fator gerador de incidentes como a identificação do paciente ou procedimento de forma equivocada.

Percebeu-se ainda que o profissional responsável pelo *checklist* tem valorizado mais o preenchimento individual no sistema em detrimento do preenchimento do quadro em sala operatória envolvendo toda a equipe.

[...] não é feito com a gente. Não é assim: “Vamos fazer o *time out* junto [...]”. Aquele quadro não é preenchido, sendo que temos um profissional que fica só para o *time out*! Ele faz no papel, a gente não vê, porque a senha é dele, ele faz e imprime [...] (Ed11).

[...] não estão preenchendo o *time out*, no quadro. Preenchem no sistema, no quadro não! Eles têm falhado nisso! Não sei por quê! Acho que falta mesmo uma coordenação atuante no bloco cirúrgico! (Ei5).

Segundo os profissionais, a causa do responsável pelo *checklist* estar deixando de preencher o quadro de *time out* está ligado à liderança do CC, que não tem cobrado a aplicação do instrumento de forma consistente, e também que a coordenação, constantemente, está sendo mudada. Contudo, mesmo nos procedimentos cirúrgicos em que são aplicados os itens de checagem no quadro de *time out* e/ou do *checklist*, observa-se uma discrepância entre o modo como deveria ser conduzido e a forma com que, atualmente, têm sido aplicadas essas ferramentas. Observou-se uma preocupação em se registrar, mas o registro pelo registro, sem participação ativa da equipe multiprofissional, não alcançará os objetivos que levarão de fato a uma cirurgia segura.

Uma pesquisa realizada na região sul do Brasil também observou que, na maioria das vezes, os itens não foram confirmados verbalmente com a equipe, como preconizado pela OMS, e a verificação ocorreu, predominantemente, de forma individual e não verbal e, frequentemente, foram registrados sem verificação (MAZIERO *et al.*, 2015). No entanto, esse

processo de verificação dos itens do *checklist* deve ser interdisciplinar, contando com a participação de toda a equipe, sendo exigida a comunicação ativa entre todos os profissionais (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

O preenchimento sem a verificação incide em aspectos legais e éticos implicados a todos os profissionais da equipe cirúrgica (MAZIERO *et al.*, 2015). Mas, sobre esse preenchimento que gera registro de informações do *checklist*, tem-se um contraponto de má interpretação da metodologia do *checklist* pelos profissionais que o implantaram, tanto na instituição em estudo, quanto em outros hospitais que o utilizam. O *checklist* não foi elaborado para se tornar uma informação registrada. Segundo Gawande (2011), não há necessidade de fazer marcas de verificação no *checklist*, não há necessidade de produzir registros. O propósito é promover verificações e conversas entre os membros da equipe, a fim de garantir que todas as tarefas sejam executadas e que todos façam o necessário para obter o melhor resultado possível (GAWANDE, 2011). Nesse sentido, o uso da lista de verificação no hospital em estudo perde todo o seu sentido, sendo apenas registrado no sistema informatizado, e não impactando, portanto, na mitigação e prevenção de incidentes. O próprio profissional do *checklist* relatou que não se lembra desse instrumento ter impedido algum erro. Por outro lado, a informante chave que iniciou o processo relatou, em sua entrevista, diversos benefícios com a implantação do instrumento.

Apesar de alguns profissionais considerarem o preenchimento do *checklist* como um instrumento para aumentar a organização e a segurança do procedimento, eles também confessam que, muitas vezes, quando percebem o quadro, o mesmo já se encontra preenchido, sem terem tido participação. Além disso, os profissionais percebem esse instrumento como algo burocrático, sem efeito prático ou até mesmo que o *time out* é como um quadro ou instrumento qualquer afixado na parede.

É bom estar escrito, mas não sei se esse seria um grande problema, o fato de não está escrito. [...] Mas organização, quanto mais, melhor! (Ed17).

[...] é uma questão mais burocrática, do que prática! (Ed13).

É mais uma coisa burocrática que tá sendo feita, sem nenhuma utilização! Nenhuma! (Ed16).

[...]o quadro está lá, mas eles não preenchem, não preenche mais. Não preenche mesmo! Então assim, eu vejo o quadro, como se fosse um quadro normal, um quadro..., como se fosse um relógio pregado na parede (Ei27).

Hoje, eu não vejo preencher mais. [...] se preenchesse, pelo menos, você tirava dúvida, saberia o nome do paciente, né (Ei27).

A comparação do quadro de *time out* a um “quadro normal”, um “relógio”, mostra o quão desvalorizado está o uso desta ferramenta na instituição em estudo. E revela algo da prática que merece reflexão: planejamento e ações dos gestores do hospital no sentido de tomarem decisões que enfrentem essa percepção desqualificada de um instrumento validado internacionalmente e nacionalmente. Essa desvalorização é resultado da falta de conhecimento da importância, uma vez que isso não foi trabalhado com os profissionais.

Quando, nos relatos, os profissionais mencionam a importância do uso do *checklist*, minimizam a função dessa lista de verificação, reduzindo-a a função de apenas esclarecer alguma dúvida, como, por exemplo, a identificação do paciente. Isso ocorre devido à metodologia e forma de condução atual. A seguir, são apresentados relatos de como foi a preparação dos enfermeiros para aplicarem o *checklist* de cirurgia segura.

Eu acompanhei, observei, vi fazendo, “olha, é assim, assim, assado” e pronto! E aí fiz também. [...] “Tem que preencher isso aqui”. “Ah, tá como é que é?” “Ah, marca um xisinho, assim, assim.” Foi isso (Ed29).

Conversei um pouco com as enfermeiras e O Dr. K pra me inteirar [...] A enfermeira que participou do início de todo o processo me passou fontes bibliográficas, me contou um pouco da experiência dela [...] Eu fiquei dois dias acompanhando a antiga enfermeira do *checklist*, [...] no terceiro dia ela já subiu pra exercer outra função e eu fiquei por conta do *checklist*. [...] surgiu algumas dúvidas, eu entrava em contato com a coordenação, [...] um dia ela desceu pra tirar algumas dúvidas pra fazer as estatísticas do *checklist*, mas assim o treinamento mesmo eu não cheguei a ter (Ed28).

Os enfermeiros, tanto o responsável pelo *checklist* em seu horário de atuação quanto os demais, não foram qualificados adequadamente para preencher a lista de verificação. O treinamento ocorreu informalmente, no campo da prática profissional, sem um embasamento teórico, sem um entendimento da importância de cada item disposto para verificação ou momentos de simulação da aplicação. Em uma pesquisa realizada com ortopedistas brasileiros, em 2012, por meio de um questionário sobre o uso do protocolo de cirurgia segura da OMS, dos 502 ortopedistas que responderam o questionário, 65,3% desconheciam total ou parcialmente o protocolo e 72,1% nunca foram treinados para o uso do instrumento (MOTA FILHO *et al.*, 2013). A falta de treinamento específico e envolvimento de toda a equipe pode ser um dos motivos para a causa de muitos itens serem negligenciados quando a ferramenta é executada, tanto no hospital em estudo quanto em outras realidades.

Essa ausência de qualificação adequada pode também, por exemplo, não ter sanado uma das preocupações importantes que certamente todos os enfermeiros tiveram, a saber, a autonomia do condutor da lista de verificação.

Eu fiquei muito insegura no sentido de encontrar alguma coisa errada, eu tinha autonomia pra barrar uma cirurgia? [...] Qual era a autonomia que eu tinha como enfermeiro do *checklist*? [...] tinha muitos médicos que não gostavam de responder as perguntas. Até que isso foi imposto pela diretoria que vestiu a camisa, que o pessoal tinha que me responder gostando ou não. E eles começaram a se acostumar com isso (Ei10).

A autonomia do líder do *checklist* é fator crítico de sucesso para a efetividade do mesmo. Ele deve ter autonomia para impedir que a equipe prossiga para a próxima etapa da cirurgia até que cada uma esteja totalmente resolvida, mas, com isso, pode-se criar uma relação antagônica com os outros membros da equipe, ofendendo-os ou irritando-os (BRASIL, 2013b; OMS, 2009). Esta relação pode ser ainda mais significativa, sendo um único profissional designado para aplicação do *checklist* em todas as cirurgias, como no hospital em estudo. A fala de Ei10 também revela que a diretoria teve que intervir junto aos profissionais que não gostavam de responder aos questionamentos, que, apesar de continuarem não gostando, tiveram que fazer por imposição. Desenvolveu-se, então, um processo de obrigatoriedade de cima para baixo e não um processo de convencimento da importância sobre a segurança cirúrgica e em relação à apropriação da metodologia do *checklist*.

Nesse sentido, Gawande (2011) faz um questionamento em seu livro: se, apesar de toda a resistência, os cirurgiões decidirem usar *checklist*, ainda assim é importante que o utilizem, mesmo de má vontade? O autor mesmo responde que importa sim, pois o objetivo final do instrumento não é apenas ticar itens, o propósito é fomentar uma cultura de trabalho em equipe e de disciplina (GAWANDE, 2011).

Nesse sentido, é primordial a sensibilização e o entendimento sobre o impacto que o uso do *checklist* tem na prática cotidiana da assistência cirúrgica. Ou seja, é necessário fazer sentido para o próprio profissional responsável pelo *checklist* para que ele próprio, se convencendo, tenha motivação na aplicação e consiga envolver os demais da equipe no uso conjunto da ferramenta. Ademais, é necessária, para o bom êxito da aplicação da ferramenta, uma conscientização da importância pela liderança hospitalar, que respaldará o uso cotidiano.

[...] não preencher na parede [o quadro] porque um dia a secretária esqueceu de pedir pincel [...] não é justificativa, a gente tem o almoxarifado que funciona o tempo todo. [...] a motivação de ter um sentido e um porque [...] me parece um preenchimento automático. Cumprir uma tarefa designada (Ei30).

Conscientização é a palavra-chave, se você não conscientizar a diretoria, os coordenadores, os médicos, o corpo de enfermagem e o pessoal da limpeza: não

funciona! [...] Ninguém tem nenhuma consciência disso. Ninguém dá nenhuma importância. Pura perda de tempo que tá sendo feito (Ed16).

[...] todos conhecem a campanha, né. [tosse] [...] acho que falta o engajamento mesmo de todo mundo pra conseguir que fosse contemplado todos os momentos assim com toda a equipe (Ed28).

Observou-se que o responsável pelo *checklist* o preenche de modo mecanizado e também, assim como os demais profissionais, ele mesmo não acredita no trabalho que executa. Desenvolve-se, então, uma cultura de ausência de credibilidade no uso da ferramenta no cotidiano de trabalho, tanto pelo responsável pelo preenchimento quanto pelos demais enfermeiros.

Há uma falsa ideia por parte das lideranças do hospital e do responsável pelo *checklist* de que todos conhecem a ferramenta. Um dos líderes afirmou que o *checklist*, atualmente, faz parte da rotina do CC, uma vez que este já é amplamente divulgado, difundido e aceito. No entanto, aceitar a aplicação do instrumento e saber da existência é diferente de conhecer a importância por meio das evidências de redução de incidentes. A maioria, inclusive a atual liderança, não entendeu que cada item é fruto de padrões de erros e omissões constantes na assistência cirúrgica e que, portanto, esse é um valioso instrumento para a rotina diária. Assim, não dão a importância devida a essa ferramenta. Ademais, o profissional responsável pelo *checklist* não é reconhecido por todos como tal.

[...] Tem? [responsável pelo *checklist*] Quem é? [Muita surpresa] [...] V1 [nome do enfermeiro do *checklist*] vai ver que ele faz pra ele, mas eu acho que é importante perguntar pro outro, [...] Dividir a informação (Ed32).

O não reconhecimento por toda a equipe de quem seja o profissional que foi contratado especificamente para a função de conduzir o *checklist* mostra que essa estratégia adotada pelo hospital em estudo não tem alcançado resultados positivos, sendo necessário ser repensada. Por outro lado, a condução adequada destas ferramentas é influenciada por múltiplos fatores, além dos já mencionados, como o perfil do profissional responsável, a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais, a rotatividade tanto de profissionais quanto da liderança da linha de cuidados cirúrgicos, que incorre na falta de cobrança no uso das ferramentas.

Depende da pessoa. Quando a P [enfermeiro do *checklist*] estava no time out, ela tem a voz alta [...] Já chegava, avisava todo mundo! [...] Os outros enfermeiros que eu vejo, não! Entra lá mudo, sai calado, preenchem o quadrinho, [...] Sinto falta

mesmo é da P chegar e falar. [...] Muito respeitava, ela aparecia, ela tinha o espírito de liderança (Ei20).

A pessoa [profissional do *checklist*] entra na sala e pergunta para o técnico: “Que horas o paciente entrou na sala?” Pergunta pra mim: “Qual a previsão de duração da cirurgia? É limpa ou é contaminada?”. Acabou! Só isso. O resto ele preenche da cabeça dele. Isso não tem o menor sentido (Ed16).

[...] de lá [da implantação] pra cá, a gente já mudou a coordenação, tanto médica quanto de enfermagem. [...] Na época da B as coisas eram bem conduzidas e depois se perdeu. O bloco passou por uns momentos de grande rotatividade sofreu com falta de anestesista. A equipe trabalhava com sobrecarga (Ei23).

Eu acho mais desmotivação ou falta de cobrança. Eu tento orientá-los. No final do meu plantão deixo a relação no relatório dos quadros abertos, porque alguém tem que fechar no final da cirurgia, [...] falta cobrança por parte da coordenação de orientar e cobrar que seja executado (Ed28).

A desmotivação mencionada por Ed28 se refere aos enfermeiros que ficam incumbidos da condução do *checklist* no horário em que o responsável não está presente. No entanto, essa desmotivação pode se referir a ele próprio, uma vez que sua função não é reconhecida e valorizada em seu contexto de atuação. A motivação e a percepção dos outros, no sentido de se fazer o trabalho sob sua responsabilidade, são aliadas para que o profissional desenvolva-o de forma efetiva. Uma vez que é dada tão pouca atenção a esses instrumentos pela equipe, perde-se a importância de se aplicá-los pelo responsável, e vice versa.

Diante deste contexto, a complexidade do uso do *checklist* é marcada pela subjetividade de quem o conduz e dos que ali participam do processo que será realizado em favor da segurança cirúrgica ou não, conforme relatado a seguir.

[...] foi esquecida uma compressa dentro do paciente, e quando foi conferir o checklist, estava tudo ok, [...] colocou o número de compressas abertas, o número que... [foi desprezado] Então esse caso foi uma falha de quem preencheu! É muito ser humano dependente! Depende de como você está no dia, do quê que você está fazendo, sua sobrecarga de trabalho, seu estado psicológico, eu acho que depende de muita coisa e a pessoa tem que ser muito honesta também, de não inventar nada ali. [risos] (Ei10).

Em um estudo sobre retenção de corpo estranho, realizado por Gawande *et al.* (2003), aos 54 pacientes participantes somou-se um total de 61 corpos estranhos retidos, dos quais 69% eram compressas ou gases e 31% instrumentais. Dos 37 pacientes com corpos estranhos retidos, 69% necessitaram de uma nova intervenção cirúrgica para a remoção do objeto e complicações, e um morreu. No restante, o corpo estranho foi expelido ou foi descoberto por acaso e removido no momento de outra cirurgia. Essas retenções ocorreram mais em cirurgias de emergência (33%) ou em uma mudança inesperada no procedimento cirúrgico (34%). Os

pacientes com corpos estranhos retidos também tinham um índice de massa corporal média superior e eram menos propensos a ter contagens de esponjas e instrumentos realizados. Mais de metade dos corpos estranhos (54%) foram deixados no abdômen, 22% na vagina, 7,4% no tórax e 17% em outras partes, incluindo o canal espinal, cérebro e extremidades (GAWANDE *et al.*, 2003).

O relato de Ei10 demonstra que não é simples a utilização do *checklist*, uma vez que o preenchimento por si só não gera os benefícios propostos do instrumento. No estudo de Gawande *et al.* (2003), enquanto um terço das compressas e instrumentais retidas não foi submetido a processo documentado de contagem, dois terços dos casos apresentaram coerência entre o número aberto no início do procedimento e o do final, assim como no caso relatado. É necessária conscientização e maior atenção na contagem e anotação fidedigna dos dados.

Enfim, a aplicação do *checklist* em sala operatória não é simples. É complexa por envolver múltiplos aspectos. Contudo, por mais que as ações contempladas no *checklist* sejam variadas, abarcando vários aspectos, a segurança cirúrgica não pode ser reduzida a apenas os 19 itens e a aplicação dessa ferramenta.

[...] às vezes o que eu percebo é que tem uma redução da cirurgia segura em relação a esse *checklist*! E não é correto! Porque se só o *checklist* for feito, mas todos os outros passos, não foram seguidos, exemplo, um paciente que chega para o CTI depois de uma cirurgia complexa, se não tiver observação, não for feito gerenciamento do risco, a cirurgia dele pode até ter sido segura no pré e no transoperatório, mas não será no pós-operatório. [...] (Ei25).

Ainda que se pese a importância e a complexidade, a garantia de uma cirurgia segura não pode ser reduzida aos itens da lista de verificação da OMS. É importante reconhecer a sua importância, mas esse instrumento é parte de um conjunto complexo de ações para uma cirurgia segura. Gawande (2011) afirma que ele é apenas o começo de uma jornada, pois foi concebido para detectar poucos problemas comuns em todas as cirurgias no mundo todo. Assim, cabe aos profissionais dar continuidade a essa jornada, desenvolvendo outros *checklists* e aperfeiçoando-os como faz o setor de aviação (GAWANDE, 2011).

Assim, para a promoção da segurança cirúrgica, é necessário, além de obedecer aos itens já validados da lista de verificação, observar também aspectos relacionados ao pré e ao pós-operatório, abarcando assim, o processo como um todo. Ou seja, é necessário estudar o *checklist* dentro da assistência cirúrgica sob o ponto de vista do pensamento complexo, que propõe uma nova forma de pensar a realidade, em que cada objeto do conhecimento, seja ele

qual for, não pode ser estudado em si mesmo, mas em relação aos seus contornos. Por isso, toda a realidade é o sistema, estando em relação à área envolvida. Além disso, o paradigma da complexidade reconhece que a compreensão da realidade é sempre um processo inacabado (MORIN, 2011).

Nesse sentido, defende-se neste estudo, por todas as questões relatadas e evidenciadas pelos profissionais e durante a observação em campo, que a condução do *checklist* seja de responsabilidade de um profissional em cada sala operatória, o qual deve permanecer durante todo o período da realização da cirurgia. Esse conjunto de profissionais deve ser supervisionado por uma única pessoa, que será responsável por acompanhar a forma com que estiver sendo conduzido o *checklist* no intraoperatório, além de outras funções como a melhoria contínua, avaliação e divulgação dos resultados da aplicação do *checklist*, bem como elaborar, fomentar e acompanhar o uso de listas de verificação em todo o processo perioperatório.

#### **4.3.2 Melhorias no uso do *checklist* de cirurgia segura**

No jogo de palavras cruzadas a precisão de cada palavra é resultado da adequação de sua definição e da sua congruência com as outras palavras com letras comuns. A concordância entre todas as palavras compõe o conjunto e confirma a validade das distintas palavras deste jogo. A vida, diferente das palavras cruzadas, compreende espaços sem definição, com falsas definições e, sobretudo, a ausência de um quadro geral fechado (MORIN, 2000).

A frase de Morin (2000) que inicia esta subcategoria vem ao encontro do que foi observado durante a pesquisa realizada sobre o uso do *checklist*. Esse instrumento não é como um jogo fechado de palavras cruzadas, pois a complexidade do seu uso nos diferentes procedimentos cirúrgicos impossibilita a ocupação de espaços fixos pelos profissionais e de definição engessada dos itens propostos. Deve ser uma ferramenta dinâmica, considerando a melhoria contínua, bem como a sensibilização e a motivação dos profissionais permanentemente. Assim, serão discutidas as oportunidades de melhorias, sejam aquelas apontadas pelos participantes da pesquisa ou observadas durante o estudo de campo no que tange o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Nesse sentido, é reconhecido pelos entrevistados que melhorias na qualidade dos processos de trabalho sempre devem ocorrer. Por mais que se atente e se mova esforços para a realização bem feita das ações no cotidiano de trabalho da assistência cirúrgica, há sempre o que inovar e aprender mediante as observações e vivências da prática.

A cirurgia segura ela ainda tem muito, muito, muito que caminhar. Muito! [ênfase a palavra] [...] [o *checklist*] É uma ferramenta bacana, que bem aplicada, ia minimizar muita coisa! Mas ela ainda precisa de envolvimento das pessoas (Ed26).

Cada dia você vai aprendendo. É a mesma cirurgia, mas cada paciente é cada paciente. O médico, cada um trabalha de um jeito (Ei14).

[...] por mais que a gente trabalhe e tente melhorar os processos, tem sempre o que melhorar, tem sempre pessoas com ideias novas (Ei1).

Segundo Ovretveit (2009), a melhoria da qualidade é alcançada quando se atinge uma melhor satisfação do paciente e os melhores resultados da assistência, mediante a mudança no comportamento dos profissionais e da organização do trabalho, por meio de mudanças sistemáticas nos métodos e estratégias. Para tanto, é imprescindível compreender o problema e os sistemas, em particular avaliando o percurso do paciente; analisar a demanda, a capacidade e o fluxo do serviço; escolher os instrumentos de mudanças, como o envolvimento e a capacitação da liderança e dos profissionais; medir o impacto das mudanças (HEALTH FOUNDATION, 2013). Estes são fatores de sucesso na implantação de quaisquer ações de melhoria da qualidade, incluindo o *checklist* de cirurgia segura.

Os participantes da pesquisa relatam a necessidade de diversas mudanças nos processos de trabalho da rede intra-hospitalar para uma assistência cirúrgica segura e de melhor qualidade em todas as fases do perioperatório. As melhorias específicas no uso do *checklist* focaram, principalmente, na maior adesão ao instrumento, nas mudanças da metodologia de condução que, atualmente, é responsabilidade de um só profissional e sem o envolvimento da equipe em conjunto na aplicação, e da mudança da estrutura dos itens de verificação do *checklist* atualmente utilizado na instituição.

O problema da baixa adesão e desvalorização do uso do *checklist*, em sua versão completa, ou do quadro de *time out* é constante no discurso de quase todos profissionais.

[...] eu acho que é só feito durante o dia, o *time out*. Durante a noite, pelo menos, eu não vejo elas fazendo (Ed8).

[...] se todos os enfermeiros tivessem essa visão da importância do quadro, de manter atualizado, sempre que os cirurgiões precisar das informações poder consultar o quadro, a gente aumentaria a credibilidade né (Ed28).

Os resultados desta pesquisa mostram que a adesão ao *checklist* de cirurgia segura pela equipe cirúrgica está diretamente relacionada à existência de atitudes e percepções positivas em relação à sua importância, utilidade e aplicabilidade. Em um estudo observacional, um

grupo composto por estudantes de medicina e enfermeiras registrou a conformidade de aplicação dos 11 itens padronizados no *time out*. Apenas um dos itens (procedimento a ser realizado) alcançou cumprimento maior que 95,0%. Três itens (sítio cirúrgico, disponibilidade de hemocomponentes e material de implantes e dispositivos e início de antibióticos) alcançaram 80%-95% de cumprimento. Os outros sete itens alcançaram menos de 80% de conformidade (POON *et al.*, 2013). Nesse sentido, as estratégias de aumento da adesão devem ser elaboradas pelos diversos profissionais conjuntamente, para que estes se envolvam e possam se empoderar dessas ferramentas que, além da segurança, promovem a gestão do cuidado do paciente cirúrgico no intraoperatório.

Outra melhoria que deve ser implementada e que foi relatada por diversos profissionais e observada durante a pesquisa de campo diz respeito à forma de condução do *checklist*. É necessário que o condutor permaneça por todo o tempo no intraoperatório e que os itens sejam verificados em conjunto com todos os profissionais para otimizar os benefícios potenciais associados a esses instrumentos.

Existem três momentos, o antes e o após a indução anestésica e antes da retirada do paciente da sala. [...] teria que ser alguém que tivesse dentro de sala durante o transoperatório inteiro pra conseguir acompanhar do início ao fim [...] talvez o circulante fosse o responsável pelo *checklist*. [...] ele tá ali exclusivo na sala. [...] no meu caso, eu estou na sala um, entra um paciente na sala dois, eu tenho que correr [...] às vezes, entram quatro salas de uma vez só (Ed28).

[...] quem deveria fazer o *checklist* é a equipe que está dentro da sala cirúrgica. Pode ser tanto enfermeiro quanto o próprio cirurgião (Ei23).

Atualmente, o profissional que lidera a aplicação do *checklist* é um enfermeiro. Além da necessidade de profissionais com esta função em cada sala operatória para aumentar a adesão ao instrumento, os participantes da pesquisa cogitaram outras categorias profissionais, além do circulante e do cirurgião mencionados por Ed28 e Ei23, como um auxiliar administrativo treinado. Mas outros argumentaram que o auxiliar administrativo não tem embasamento e senso crítico para argumentar e que o cirurgião e o anestesista, sendo plantonistas, em sua maioria, não dariam continuidade ao processo de condução da ferramenta. Um profissional disse que, na implantação, chegaram a pensar no técnico de enfermagem que é o circulante em cada sala, como propôs Ed28. Porém, disseram que teria que ser alguém “separado da assistência” para ser imparcial, e que o circulante não iria interromper a cirurgia se algo estivesse em não conformidade com o *checklist*, ora porque eles não iriam querer atrasar a sua cirurgia, ora para não se indispor com os cirurgiões e

anestesiastas. Assim, a maioria defendeu o enfermeiro como o melhor profissional para aplicar o *checklist*, devido ao conhecimento técnico, habilidade e atitude para exercer liderança.

É fundamental que o profissional seja capaz de conseguir a atenção de todos durante uma cirurgia, independente de sua categoria profissional. Isso exige alto grau de assertividade e alto nível de controle que, segundo o idealizador do *checklist* de cirurgia segura da OMS, geralmente, é exclusivo do cirurgião, sendo este, em um primeiro momento, tido como o melhor profissional para conduzir a lista de verificação (GAWANDE, 2011). No entanto, essa possibilidade foi descartada por esse autor e sua equipe, uma vez que, seguindo as lições da aviação, o “piloto que não está pilotando”, é quem inicia o *checklist*, pois aquele que está na liderança tende a se concentrar nas tarefas de voo e esquecer o *checklist*. Essa divisão corresponsabiliza todos os profissionais para o bem-estar do voo e os dá autoridade para questionar. Assim, chegou-se a conclusão de que para o *checklist* fazer a diferença deve-se distribuir a responsabilidade e a autoridade para questionar (GAWANDE, 2011). Esse autor e sua equipe escolheram o enfermeiro-chefe para conduzir o *checklist* durante o teste realizado em suas próprias cirurgias, e este tem sido o profissional incumbido para a aplicação do *checklist* em diversas instituições, como no hospital em estudo.

A vantagem do enfermeiro se responsabilizar pela condução da lista de verificação é que sua atuação o permite transitar durante todo o perioperatório do paciente e, portanto, ter uma visão sistêmica do cuidado dispensado ao paciente. Além disso, sua atuação possibilita vivenciar tanto a realidade prática quanto a realidade burocrática da organização. Mais importante que escolher a categoria profissional, seria identificar na equipe o perfil necessário para este condutor da lista de verificação, por que a efetividade do preenchimento é “pessoa dependente”, segundo um dos participantes.

[...] é muito “pessoa dependente”, depende de quem está preenchendo (Ei10).

[...] tem que ter um jogo de cintura de saber lidar com todas as equipes e tem que ter o pulso firme, espírito de liderança! Para poder ter habilidade de ligar para outro setor: “Oh, os pacientes estão descendo sem banho”. Perguntar o coordenador da anestesia porque não está sendo feito o pré-anestésico. Do que ficar acomodada com aquele resultado: “Ah, já fiz minha parte!” (Ei10).

Outros profissionais também citaram características importantes para o profissional responsável pela aplicação do *time out* e *checklist*, como conhecimento da ferramenta, disciplina, método, ser um profissional proativo, dinâmico, atento e com facilidade de relacionamento interpessoal. E foi dito também que, mesmo com toda essa competência, se

não tiver o respaldo da diretoria não adianta a tentativa do uso correto, pois é necessário que a liderança faça a gestão da mudança no dia a dia de trabalho.

Outra questão bastante enunciada pelos participantes da pesquisa e que já está em discussão interna diz respeito à mudança da estrutura dos instrumentos, conforme as falas representativas que se seguem.

[...] a gente tem que melhorar o *checklist* para o profissional que executa direcionar as perguntas e o olhar. [...] o *checklist* tem que tá sempre sendo revisado [...] tem algumas questões que seguramente a gente tinha que, ou excluir ou modificar, a forma que tá perguntado (Ei30).

[...] discutindo algumas questões do formulário que tá em execução hoje, nós iniciamos uma discussão com a CCIH, com a diretoria, de uma proposta de modificar esse formulário (Ei30).

De fato, segundo Gawande (2011), o *checklist* não deve se transformar em imposições calcificadas, que inibem os profissionais em vez de ajudá-los. Segundo esse autor, o *checklist* exige revisões e aprimoramentos constantes. Na aviação, é inserida data de emissão em todos os *checklists*, uma vez que o *checklist* deve mudar com o passar do tempo. É uma ajuda, mas se não estiver servindo para contribuir na melhoria dos procedimentos, há algo errado e deve ser corrigido (GAWANDE, 2011).

Pela análise dos dados, o *checklist* não foi aplicado em nenhum caso de Onda Vermelha, sendo a justificativa devido aos itens não se aplicarem para um caso de emergência. O participante da pesquisa que, no período da coleta de dados, era o responsável pelo *checklist*, durante a entrevista, leu cada item e foi se questionando se aquele item se aplicaria ou não a uma situação de emergência. Após essa análise, conclui que:

No primeiro momento, acho que nenhum [item] daria pra preencher no caso da emergência, seria tudo não se aplica. E poucos dados seriam aproveitados do *checklist* no caso da emergência (Ed28).

Para a onda vermelha, acho que não tem muita aplicabilidade não. [...] Tem um quadro aqui [sala da emergência] com orientação igual das outras salas. No caso da onda, esse quadro nunca foi preenchido. Até porque não daria tempo e também não teria nenhuma ou quase nenhuma aplicabilidade, a não ser colocar o nome do paciente. Que muitas vezes o paciente entra como NI [Não Identificado]. Então, nem a identificação do paciente conseguiria contemplar no quadro (Ed28).

Poucos estudos tratam da aplicação do *checklist* em cirurgias de urgência. Em um deles, evidenciou-se a redução nas taxas de complicação de 18,4% para 11,7%; e, nas taxas de mortalidade de 3,7% para 1,4% (WEISER *et al.*, 2010). Os grupos de trabalho do Programa Cirurgia Segura idealizaram uma lista de verificação de segurança cirúrgica baseada em uma

gama de protocolos, avaliaram as evidências de suas conclusões e estimaram seus possíveis impactos para a segurança, mas a meta não foi prescrever uma única maneira de implementação ou criar uma ferramenta regulatória. Mais do que isso, pela introdução de elementos-chave de segurança na rotina operatória, as equipes poderiam maximizar a probabilidade de melhorar seus resultados, sem gerar um ônus excessivo no sistema ou para os prestadores de saúde (OMS, 2009). Assim, uma das oportunidades de melhoria é a elaboração de *checklist* por tipo de cirurgia (eletiva, urgência e emergência), pois, segundo os participantes, o uso de um instrumento apenas, para quaisquer procedimentos, produz dados não fidedignos quanto a alguns aspectos que são mensurados.

[...] tem cinco ou seis itens que “não se aplica” à cirurgia de emergência. O enfermeiro preenche como “não se aplica”, quando posso ter outra ferramenta que exclui esses itens da cirurgia de emergência pra facilitar o preenchimento. [...] se o enfermeiro preencher que “não se aplica” o pré-anestésico pra emergência, isso gera um dado baixo, quando eu tenho na verdade, uma escala de anestesia desfalcada. [...] o quê que mais vai entrar? Cirurgia de urgência e emergência, porque as eletivas vão ser adiadas. Então gera um dado pra mim que é irreal (Ei30).

Nesse sentido, melhorias são necessárias nos itens do *checklist*, uma vez que na forma em que foi concebido tem excluído a aleatoriedade, ou seja, a quebra da ordem em sua execução. Gawande (2011) orienta a elaboração de *checklists* específicos para os diversos procedimentos, especificamente aqueles que tenham mais fases e riscos em sua realização.

Além da possibilidade de construção de *checklists* específicos dentro do transoperatório, foi relatada a necessidade de elaboração de um *checklist* no pré-cirúrgico.

Preciso fazer também o *checklist* pré-cirúrgico. Antes de o paciente chegar [no CC] precisa ter algumas questões já organizadas [...] lá dentro descubro que o paciente não tem reserva de sangue, pra segurança, vou pedir. Mas para otimizar o bloco, não funcionou. Vou ter que coletar amostra, esperar ser processada no banco de sangue, para o banco me responder se é possível ou não. Aí eu perco tempo que é precioso (Ei30).

Além de promover a segurança do paciente, uma lista de verificação no pré-operatório possibilitaria uma maior organização e otimização do tempo do CC. A resolutividade pequena do CC foi algo muito mencionado pelos participantes, que relataram as dificuldades de consolidar os agendamentos das cirurgias eletivas, pois há uma concorrência com as cirurgias de urgência e emergências, entre outros fatores.

A marcação de sítio cirúrgico não foi evidenciada durante as observações de campo, sendo uma ação, quando realizada, pela atitude do profissional e não por uma orientação ou

normatização da instituição, a qual não tem disponibilizado inclusive os recursos materiais para a sua realização.

Paciente não entra na sala se eu não tiver marcado o membro. É meu protocolo (riso). Não do hospital. [...] não tem nem caneta pra marcar. Eu tenho que usar a minha (Ed22).

A gente não marca! A gente nunca teve nenhum problema [...] A vantagem do paciente da vascular, é que ele está sempre com o pé enfaixado ou um dedo preto. A gente sabe que é a perna do dedo preto que vai mexer. Mas é importante pra ter uma segurança a mais [...] Não sei. Vai ver que num viram necessidade, que as coisas tem andado certas né (E32).

Há uma contradição sobre a marcação cirúrgica pelos profissionais: ao mesmo tempo em que desconsidera a necessidade pelo fato da condição do paciente mostrar o local da cirurgia, relata que é mais um ponto que colabora na segurança do paciente. O “pé enfaixado ou um dedo preto”, conforme citado por Ed32, não podem ser parâmetros de identificação do local da cirurgia, haja vista que o paciente pode ter outra demanda cirúrgica e incorrer em dubiedade. Segundo Vendramini *et al.* (2010), a marcação cirúrgica objetiva identificar, sem ambiguidade, o local da cirurgia, principalmente aquelas que envolvem partes bilaterais (direita e esquerda), estruturas diversas como os dedos das mãos e dos pés ou níveis múltiplos, como a coluna vertebral. É uma ação importante e obrigatória em todas as cirurgias, exceto quando a cirurgia é em órgão único, nos procedimentos em que não se predetermina o local de inserção do cateter/instrumento, quando houver recusa do paciente e em cirurgias de emergência (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

Segundo um dos participantes, houve, no início da implantação do *checklist*, uma discussão sobre marcação de lateralidade, no entanto, mesmo com o ator não humano adquirido (“caneta do tipo caneta de retroprojeter”), os atores humanos ficaram na discussão de como iriam marcar. Queriam colocar um “x”, mas como a literatura desaconselha porque pode significar que não era pra fazer naquele membro, a conversa se perdeu, não se discutiu mais essa ação para promover a segurança. As melhores práticas, quanto à marcação da lateralidade, recomendam o desenho de um círculo, um alvo ou as iniciais do paciente ou do cirurgião no local da cirurgia.

A identificação do local da cirurgia é um encargo do cirurgião responsável pelo procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo. No entanto, a participação do enfermeiro – ou algum membro da equipe de enfermagem – é essencial, sendo importante

para garantir que os sítios cirúrgicos sejam marcados e a participação do paciente é incentivada (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

Outro ponto abordado é o *gap* existente entre o início e a atual rotina do uso do *checklist*. Pelo conjunto dos relatos e observação da pesquisa, percebe-se que, no início de seu uso, quando da implantação do *checklist*, este instrumento era aplicado de forma mais completa, se discutia, inclusive, a melhor forma de comunicação com o paciente.

A conversa com o paciente é importantíssima. Antes, a A1 [enfermeiro do *checklist*] se apresentava e conversava com o paciente: “O senhor sabe do quê que o senhor vai operar?” “Que lado que é?” “Tem alergia a algum remédio?” [...] Ela fazia todas essas perguntas: “O seu último banho foi ontem ou foi hoje?” Era uma maneira polida de perguntar sem ofender! Com isso se o índice de infecção aumentar, você vai naqueles parâmetros, [...] “Ah, o paciente não tomou banho no dia da cirurgia”. A gente conseguia melhorar essas coisas, mas hoje tudo se perdeu! (Ed16)

O relato de Ed16 aponta que, no início, havia atuação ativa e que, na atualidade, “tudo se perdeu”, mostra a necessidade de entender a utilização do *checklist* como estratégia e não como programa. Segundo Morin (2000), o programa estabelece uma sequência de ações que devem ser executadas sem variação em um ambiente estável. Caso haja alteração das condições externas, bloqueia-se o programa. A estratégia, ao contrário, prepara um cenário de ação que analisa as certezas e as incertezas, as probabilidades e as improbabilidades. Isso porque o cenário pode e deve ser modificado de acordo com as informações recolhidas, os acasos, contratemplos ou boas oportunidades encontradas ao longo do caminho (MORIN, 2000). A saída dos profissionais que introduziram o *checklist* na instituição bloqueou, de certa forma, a efetividade do seu uso. Não foi arquitetado um cenário que permitisse sua efetiva continuidade, com a participação de todos os profissionais.

De acordo com Morin (2000), no cerne das estratégias pode até serem utilizadas curtas sequências programadas, mas, para tudo que se efetua em ambiente instável e incerto, impõe-se a estratégia. Ou seja, em primeiro momento, podia-se ter realizado um programa piloto para implantação do *checklist* na instituição, mas, dado o ambiente instável, esse programa deveria ter sido ampliado, envolvendo mais profissionais para se tornar uma estratégia.

Será necessário considerar as dificuldades para tornar o *checklist* uma estratégia a serviço de uma finalidade complexa que é a segurança cirúrgica. Para isso, Morin (2000) traz três termos complementares e, ao mesmo tempo, antagônicos, a saber: liberdade, igualdade, fraternidade. “A liberdade tende a destruir a igualdade; esta, se for imposta, tende a destruir a liberdade; enfim, a fraternidade não pode ser nem decretada, nem imposta, mas incitada”

(MORIN, 2000, p. 91). Ainda segundo Morin (2000), conforme as condições históricas, uma estratégia deverá favorecer a liberdade, a igualdade e a fraternidade, e ainda deve, em um momento, privilegiar a prudência, em outro, a audácia e, se possível, as duas ao mesmo tempo. Assim, a estratégia do uso do *checklist* no hospital em estudo precisa ser flexível o bastante para dar liberdade aos profissionais; ser normatizado após articulação de atores humanos e disponibilidade dos atores não humanos para que tenha a igualdade no seu uso em todos os procedimentos; e monitorado e valorizado, com vistas à fraternidade, ou seja, entre profissionais-profissionais por meio da maior articulação e satisfação no trabalho e profissional-paciente com foco na segurança cirúrgica.

Nesse sentido, a melhoria da segurança na assistência cirúrgica requer também a forma de comunicação com o paciente em todas as fases do perioperatório como a seguir.

[...] uma paciente com fratura de mandíbula, de rádio e de fêmur. [...] uma coisa era do lado esquerdo e as outras eram do outro lado. Perguntei qual cirurgia que ela ia fazer, ela falou: “Oh, eu não sei, porque eu tenho isso, isso e isso, ninguém me falou a cirurgia que vou fazer. Se for tal, é desse lado, se for isso é nesse lado aqui”. [...] havia desinformação do paciente perante o que ia fazer. E a gente foi discutir como afirmar lateralidade se a paciente não sabe o quê ela vai fazer e o médico afirma que é de um lado, ela afirma que pode ser do outro [...] a gente acaba colocando que não tinha lateralidade definida, [...] porque a informação dela não foi condizente com a informação do médico (Ei10).

Como já discutido, a comunicação efetiva entre profissionais e pacientes é um fator crítico de sucesso para a segurança do paciente. Nesse sentido, os projetos desenvolvidos, desenhados e implementados com a participação dos pacientes têm mais probabilidade de resultar em mudanças sustentáveis do que os projetos baseados num modelo de "comando e controle", implementados "de cima para baixo". Por outro lado, cada profissional precisa se responsabilizar pela melhoria da qualidade, mas, se eles não forem empoderados para fazê-lo, os resultados serão limitados. Nesse sentido, a melhoria da qualidade é um processo contínuo que faz parte dos negócios e do trabalho cotidiano (HEALTH FOUNDATION, 2013).

No entanto, não há educação continuada, discussão dos resultados do uso das ferramentas *checklist* e *time out*, como existiam no início do uso do *checklist*, sendo esse um ponto considerado para a melhoria e promoção da cirurgia segura.

Nenhum treinamento: “Hoje tem treinamento de Cirurgia Segura”, não! (Ei20).

[...] na época que a gente implantou o *checklist*, a gente fazia uma reunião trimestral pra apresentar e monitorar os dados com o grupo gestor da cirurgia (coordenações de todas as especialidades, diretoria e CCIH) (Ei10).

Depois que assumi, ainda não tive reunião para tratar dos dados! Nem fui comunicada que existe a reunião, então se tinha, ela não está acontecendo (Ei30).

A Qualidade nunca participou! [reuniões trimestrais para discussão dos resultados do *checklist*]. Se ela existe a gente não sabe! Não fomos chamados, nem demandados [...] E não demandamos também [risos], a gente poderia ter feito esse movimento, mas hoje a gente não tem pernas pra isso (Ei23).

Mesmo quando havia reuniões sobre os dados e resultados do *checklist*, no início de seu uso, eram para um grupo restrito da diretoria. Esses dados do resultado do uso do *checklist* têm mesmo que ser discutidos com a liderança maior e, no entanto, envolver também os demais profissionais do CC e da rede intra-hospitalar que está envolvida com a assistência cirúrgica se faz necessário para sua legitimação diante de toda a equipe multiprofissional. Viabilizar isso na rotina caótica é um desafio, sendo necessário pensar estratégias e promover a discussão dos resultados das cirurgias e do *checklist*. Nesse mesmo sentido, também ainda não se realiza uma análise sistemática dos dados de adesão ao *checklist* e como esse instrumento tem impactado nos indicadores que medem a qualidade da assistência. Há pequenas análises realizadas pelo interesse de um dos profissionais, de forma isolada e não amplamente divulgada e discutida.

Eu ainda não levantei a estatística de cobertura de checklist e time out [...] Mesmo durante o dia eu estando exclusivamente para o *checklist*, não é 100% de cobertura, finais de semana e a noite, eu não tenho esse dado. [...] Acredito que não seja 100% dos pacientes que consegue cobrir (Ed28).

[...] eu fiz uma análise descritiva [...] cruzando desde o início do checklist e avaliando a taxa de infecção em cirurgia limpa, que é o meu marcador. [...] teve diminuição na taxa de infecção de cirurgia limpa considerável! [...] um ano atrás eu fiz esse trabalho. [...] mais ninguém fez trabalho nenhum com o *checklist*. [...] O *checklist* só é preenchido, não é analisado! (Ei5).

Não é possível promover uma segurança na assistência cirúrgica sem avaliá-la sistematicamente e periodicamente, com indicadores para abarcar questões de cunho objetivo, mas também utilizando outras estratégias que apreendam a percepção dos profissionais sobre sua prática. Nesse sentido, a cirurgia segura demanda a garantia de monitoramento da qualidade de forma contínua (OMS, 2009). Além das dificuldades de análise e discussão dos resultados do trabalho, a avaliação do *checklist* é dificultada pelo acesso restrito aos dados.

[...] eu não tenho acesso. E é de enfermeiro para enfermeiro. Eles fazem uma relação todo mês e mandam para a diretoria (Ei14).

Conforme já discutido, é necessário ampliar a participação dos profissionais no uso do *checklist*, fazendo dele uma estratégia de melhoria da qualidade. Assim, deve-se repensar o acesso ao sistema informatizado, onde fica disponibilizado o *checklist* no prontuário eletrônico, não desprezando a fidedignidade dos dados e a confidencialidade dos pacientes, mas possibilitando informações para todo o corpo funcional.

Por fim, a última melhoria deste trabalho sobre o uso do *checklist* na instituição, sem pretensão de apontar todas as melhorias necessárias, é a de se envolver a liderança nessas discussões, iniciando, assim, um processo de mudança da cultura organizacional.

Estamos agora com uma estratégia de envolver a diretoria no processo de discussão da segurança, levar para eles os casos mais graves de eventos adversos (Ei23).

A importância do envolvimento da liderança já foi amplamente discutida neste trabalho. Ressalta-se que, apesar do apoio inicial da liderança para a introdução do *checklist* no hospital em estudo, esse apoio não foi suficiente para ultrapassar os imprevistos, as incertezas. Apesar de haver uma perenidade, já são cinco anos de utilização do *checklist* na instituição, há pouca adesão e é aplicado de forma incipiente. Assim, percebe-se que é imprescindível o envolvimento da liderança de forma contínua e sistemática, desde a implantação até a execução no dia a dia de trabalho.

Além das mudanças específicas do uso do quadro de *time out* e *checklist*, foco desta subcategoria, outras mudanças foram mencionadas para melhoria da qualidade e segurança da assistência cirúrgica no hospital. Algumas delas foram: planejamento das cirurgias; implantação do consentimento livre e esclarecido; sistema de informação do CC; kits disponíveis nas salas operatórias mais completos para agilizar as cirurgias; escala completa de profissionais, principalmente anestesistas; redução do fluxo de pessoas dentro de sala operatória, sugerindo um vidro unidirecional para visualização de residentes e acadêmicos; divulgação de trabalhos pouco conhecidos no hospital como a própria lista de verificação de cirurgia segura e o ambulatório de controle de anticoagulação pelo modelo de calibração RNI (Razão de Normatização Internacional). Enfim, sem uma cultura desenvolvida e madura para as questões da segurança, com comunicação e conexão entre os diversos atores, as intervenções podem ocorrer na instituição, mas serão de forma superficial, meramente para cumprir uma normatização, dando uma falsa ideia de segurança.



# *Reflexões finais*



## 5 REFLEXÕES FINAIS

O drama de qualquer escrita reside na tensão entre seu inacabamento e a necessidade de se colocar um ponto final, ou seja, a obra acabada e a última interpretação possível (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 39).

Tendo plena consciência do inacabável conhecimento sobre a segurança na assistência cirúrgica, uma vez que essa é complexa e não pode ser simplificada por envolver a conexão entre os atores humanos e também desses com os atores não humanos e que no cotidiano da rede intra-hospitalar emergem incertezas e imprevistos que não se pode erradicar totalmente, é que se pretende tecer as últimas reflexões desta tese, sem a pretensão de ser conclusiva.

A concepção primária foi de se analisar a utilização do *checklist* de cirurgia segura, mas a estratégia foi modificada durante o percurso e o objetivo ampliado para analisar a segurança da assistência cirúrgica na visão de profissionais que atuam direta e indiretamente no ato anestésico-cirúrgico. Considera-se que o objetivo foi alcançado, sendo possível perceber similaridades e diferenças entre a perspectiva da assistência cirúrgica segura, tanto entre os dois grupos de profissionais (os atuam direta e os que atuam indiretamente em sala operatória) quanto entre os profissionais do mesmo grupo.

Ambos os grupos consideram que a segurança da assistência cirúrgica é um requisito importante em todo perioperatório, porém a desconhecem na prática e, por isso, não contribuem o quanto poderiam para o trabalho da fase subsequente. Falta visão sistêmica e integração dos profissionais que atuam, de forma direta ou não, para o ato cirúrgico. Pelo conjunto dos depoimentos a segurança da assistência cirúrgica é um fenômeno multidimensional.

Emergiram quatro dimensões mínimas para a segurança da assistência cirúrgica: condição estrutural, processos de trabalho, características do paciente e atitudes profissionais. Essas são inter e co-dependentes, e envolvem atores humanos e não humanos. As relações subjetivas da prática autônoma dos profissionais interferem na necessária intersectorialidade para o funcionamento da rede intra-hospitalar e gera discrepância entre a existência do trabalho conjunto no plano formal (padronizado, normatizado, instituído) e um contato setorializado/individualizado por meio das relações pessoais.

Os profissionais dos dois grupos revelaram que o CC é um lugar desejado e valorizado pelos profissionais que atuam direto e indiretamente no ato anestésico-cirúrgico. Este setor foi considerado complexo, pela característica da atividade, do arsenal tecnológico envolvido, da

ínfima relação vida e morte que permeia o cotidiano da sala operatória e pela demanda não programada que envolve imprevisto e incerteza. Sendo, por isso, requerido dos profissionais competências técnica e agilidade para utilizar o tempo a favor da vida dos pacientes e a disponibilidade e a sofisticação de atores não humanos.

A rede intra-hospitalar conforma-se com o entrecruzamento da ordem e da desordem, que promove a interação entre os atores humanos e não humanos para a organização da assistência cirúrgica. A falta de interação dos diversos atores nas fases do perioperatório, por vezes, e principalmente nos atendimentos de urgência e emergência, gera conflitos, dilemas e sofrimento dos profissionais, com implicações para a segurança da assistência ao paciente cirúrgico.

As situações cirúrgicas de urgência e principalmente as de emergências foram consideradas de maior insegurança. Convivem e mistura-se uma suposta disciplina de movimentos “ensaiados” por saberes específicos em um tempo preciso e oportuno para cada procedimento às imagens “encantadoras” e “inusitadas” que chegam para atendimento e à falta de articulação entre os setores da rede intra-hospitalar, levando a riscos ao paciente e profissionais.

Os depoimentos sobre os incidentes ocorridos no hospital e a vivência dos profissionais nestas situações mostraram sofrimento em um cenário ainda com uma cultura punitiva. Os exemplos práticos relatados mostram que pequenas intervenções, violações que se faz como se fora uma exceção, repercute no desfecho final do atendimento ao paciente. Ou seja, as ações de cada profissional da rede inter-hospitalar estão intimamente interconectadas, tanto que mesmo as pequenas ações, sejam dos que atuam diretamente, sejam dos que atuam indiretamente no ato cirúrgico, podem gerar um efeito com impacto na segurança do paciente, com incidentes, por vezes, com danos irreversíveis.

O hospital possui ações para monitorar esses incidentes, mas de forma geral precisam de maior robustez para superar as limitações do sistema de notificações, principalmente no que diz respeito ao *feedback* para os profissionais que relatam alguns incidentes. Além disso, as ações devem ser mais bem discutidas e metodicamente ampliadas e divulgadas para o conjunto de profissionais, uma vez que não têm sido evidentes para todos os participantes.

O preenchimento do *checklist* no hospital se mostrou como um processo mecânico e meramente burocrático, que, como tal, não tem conseguido ser barreira para os incidentes. Embora se tenha um profissional responsável para preencher o instrumento, essa estratégia não garantiu o preenchimento em todas as cirurgias. Dessa forma, viu-se que apenas a

inserção da ferramenta não assegura a qualidade das práticas, é necessário considerar o contexto complexo de uma sala operatória na qual há uma equipe multidisciplinar, com saberes e interesses diferenciados, além de múltiplas situações com o paciente que concorrem para a efetiva aplicação do *checklist*. Além disso, é preciso desmistificar a obsessão pela simplicidade do uso do *checklist*, pois isso pode interferir na efetividade de sua implantação e utilização na prática. O modo como se utiliza o *checklist* de cirurgia segura tem comprometido a legitimidade dada pelos profissionais que atuam diretamente em sala operatória e muitos dos profissionais que atuam indiretamente não conhecem como é este uso.

Enfim, a forma de tratar os erros, a percepção de risco diminuída pelos profissionais e a falta de reconhecimento da falibilidade humana, mostra uma cultura de segurança ainda em desenvolvimento. Sem uma cultura institucional desenvolvida e madura para as questões da segurança, com comunicação e conexão entre os diversos atores, as intervenções podem ocorrer, mas serão de forma superficial, meramente para cumprir uma normatização, dando uma falsa ideia de segurança. Tem-se que investir na construção de uma cultura de segurança organizacional com base em planejamento sistemático dos processos de trabalho de acordo com os riscos e as necessidades específicas das partes (cada setor), sem comprometer o todo (a rede intra-hospitalar); estratégias para execução de ações de melhoria; e avaliação da assistência realizada, buscando ter resiliência, ou seja, que continuamente previna, detecte, mitigue e diminua os incidentes.

As limitações desta pesquisa se inserem à inerente limitação da observação do cenário que é o chamado efeito *hawthorne*, o qual o profissional ao ser observado modifica o seu comportamento, podendo interferir nos resultados. No início da coleta de dados, houve uma estranheza em relação à presença da pesquisadora e à acadêmica que a acompanhou. No entanto, após alguns dias, os profissionais já as tinham incorporado em seu cotidiano e deixaram de ser "estranhas", diminuindo, assim, o efeito *hawthorne*. Outra limitação reside no fato da pesquisa ter sido realizada em um único hospital, não podendo ser generalizável. Para suprir esta limitação, apresenta-se como sugestão a realização de pesquisas que focalizem maior número de hospitais, com outros perfis e também que busquem analisar com mais profundidade o impacto da cultura organizacional para a segurança cirúrgica.

Almeja-se que este estudo proporcione informações que estimulem discussões e reflexões sobre a segurança da assistência no perioperatório de forma mais ampla e a importância da conexão entre atores humanos e não humanos para a promoção da cirurgia segura.



# *Referências*



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. F.; BARRETO, S. M.; COUTO, B. R. G. M.; STARLING, C. E. F. Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações pre-operatórias graves em cirurgia de revascularização do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol.80, n.1, p.51-60, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/v80n1/pt\\_14377.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v80n1/pt_14377.pdf)> Acesso em: 20 mai. 2015.
- AMALBERTI, R.; AUROY, Y.; BERWICK, D.; BARACH, P. *Five system barriers to achieving ultra safe health care.* **Ann. Intern. Med.**, n.142, p.756-764, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Alunos/Downloads/0000605-200505030-00012.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Statement on ensuring correct patient, correct site, and correct procedure surgery.* **Bulletin of the American College of Surgeons**, vol.87, n.12, Dec., 2002.
- ANDRADE, J. S. C.; ALBUQUERQUE, A. M. S.; MATOS, R. C.; PENIDO, N.O. Perfil dos atendimentos em pronto-socorro de otorrinolaringologia em um hospital público de alta complexidade. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** vol.79, n.3, p.312-316. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v79n3/v79n3a09.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.
- ANDERSSON, A. E.; BERGH, I.; KARLSSON, J.; ERIKSSON, B. I.; NILSSON, K. *The application of evidence-based measures to reduce surgical site infections during orthopedic surgery – report of a single-center experience in Sweden.* **Patient Saf. Surg.**, vol.6, n.11, 2012.
- ARAÚJO, Melina Paula Silva; OLIVEIRA, Adriana Cristina de. Safe surgery saves lives: program contributions in surgical patient care: integrative review. **Journal of Nursing UFP**, vol. 9, n. 4, p.7448-7457, 2015.
- ASPDEN P, WOLCOTT J.; BOOTMAN J. L; CRONENWETT, L. R (eds.). **Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover).** Washington: National Academies Press; 2007.
- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, [online], vol.61, n.5, p.552-557, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2015.
- BARBOSA, M. H. *et al.* Ocorrência de infecção de sítio cirúrgico de um hospital universitário de Minas Gerais. **REME – Rev. Min. Enferm.** vol.13, p.3, 416-422, jul./set., 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2008.
- BARRETO, R. A. S. S; BARROS, A. P. M. Conhecimento e promoção de assistência humanizada no Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, vol.14, nº 1, p.42-50, São Paulo, jan/mar. 2009.

BOSCO, A. G. **Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 2008. 88 p. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008.

BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Diário Oficial da União 1986. 26 de junho, seção I, p.9273-5.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências**. Brasília, 1987.

BRASIL. Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993. **Estabelece as seguintes normas para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Portaria nº 737, de 18 de maio de 2001. **Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Portaria nº 344, de 19 de fevereiro de 2002. **Aprova o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002(a).

BRASIL.. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 20 de março de 2002(b).

BRASIL. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Brasília: Presidência da República, 2002(c). Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

BRASIL. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. **Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. RDC nº 02 de 2010. **Define que todos os estabelecimentos de saúde devem realizar o gerenciamento das tecnologias em saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde**. Disponível em:  
<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/As>

sunto+de+Interesse/Organizacao+dos+Servicos+de+Saude/Gerenciamento+de+Tecnologias+em+Saude>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)**. Ministério da Saúde, 2011(a).

BRASIL. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b).

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Trata de pesquisas e testes em seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde / CNS, 2012(a). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em 17 mar. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.934, de 10 de setembro de 2012. **Autoriza repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, em 2012, para os Estados, o Distrito Federal, as Capitais de Estados e os Municípios com mais de um milhão de habitantes, para o Projeto Vida no Trânsito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(b).

BRASIL. Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013. **Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013(a).

BRASIL. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 02 abr. 2013(b).

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 26 jul. 2013(c).

BRASIL. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 10 jul. 2013(d).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Dados extraídos por meio do TABWIN das bases de dados SIHSUS geradas até 19/09/2013 - Arquivos Reduzidos (RD) mensais referente aos exercícios de 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 <até junho>. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>"-ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/SIHSUS/200801\_/Dados>. Acesso em: 29 set. 2013(e).

BRASIL, Luisa. **Luta sem trégua pela vida é rotina no Hospital João XXIII, o maior pronto-socorro de Minas Gerais**. 2013. Disponível em:

<<http://vejabh.abril.com.br/materia/cidade/luta-tregua-pela-vida-rotina-hospital-joao-xxiii-maior-pronto-socorro-minas-gerais>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BURBOS, N.; MORRIS E. *Applying the World Health Organization Surgical Safety Checklist to obstetrics and gynaecology. **Obstetric, Gynaecology and Reproductive Medicine***; vol.21, n.1, p.24-26, 2011.

CALIL, A. M.; COSTA, A. L. S.; LEITE, R. C. B. O.; MORETTO, S. A. O paciente cirúrgico na situação de urgência e emergência. **Rev. SOBECC**, vol. 15, n. 2, p.26-32, São Paulo. Abr./jun. 2010.

CALLEGARO, G. D.; BAGGIO, M. A.; NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Rev. Rene**, vol. 11, n. 3, p.132-142, Fortaleza, jul./set. 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; LAUTERT, L. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 58, n. 5, p. 545-550, Brasília, Out. 2005.

CARNEIRO, A. V. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. **Rev. Port. Saúde Pública**, vol. temat.10, p.3-10, 2010. Disponível em: <<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/1-o%20erro%20cl%C3%ADnico.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do *Safety Attitudes Questionnaire* para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. Tese [Doutorado em Enfermagem Fundamental]. 2011. 173 f. São Paulo: USP, 2011.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. *Enfermagem em centro cirúrgico*. São Paulo: Manole: 2007. 429 p.

CASTRO, F. S. F.; PENICHE, A. C. G.; MENDOZA, I. Y. Q.; COUTO, A. T. Temperatura corporal, índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol.46, n.4, p.872-876, 2012.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc. Est.**, vol.24, n.1, p.13-18, João Pessoa, jan./abr. 2014.

CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. **Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais**. Rio de Janeiro: CBA: 2010.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM 1.451**, de 10 de março de 1995. São Paulo: CFM, 1995.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1802, de 01 de novembro de 2006. **Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993**. Brasília: CFM, 2006.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1931, de 24 de setembro de 2009. **Aprova o Código de Ética Médica.** Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

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

CNES – CADASTRO NACIONAL DE Estabelecimento de Saúde. **Consulta Estabelecimento – Módulo Hospitalar – Leitos.** Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=3106200027863](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3106200027863)>. Acesso em: 31 jul. 2015.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 272, de 27 de agosto de 2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>>. Acesso em: 08 set. 2011.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem.** Brasília: COFEN, 2007 Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 338, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília: COFEN, 2009 Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

COLLAZOS, C.; BERMÚDEZ, L.; QUINTERO, A.; QUINTERO, L.; DIAZ, M. *Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente.* **Rev. Colomb. Anesthesiol.** Vol.41, n.2, p.109-113, abr.-jun. 2013.

CONLEY, D. M.; SINGER, S. J.; EDMONDSON, L. BERRY, W. R.; GAWANDE, A. A. *Effective surgical safety implementation.* **J. Am. Coll. Surg**, n.212: p.873-879, 2011.

COOPER, J. B.; NEWBOWER, R. S.; KITZ, R. *An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection.* **Anesthesiologist**, n.60: p.34-42, 1984.

COSTA-VAL. R.; MIGUEL, E. V.; SIMÃO FILHO, C. Onda vermelha: ações táticas que visam à abordagem de pacientes in extremis, no Hospital João XXIII, FHEMIG. **Rev. Angiol. Cir. Vasc.**, vol.5, p.2, p.211-214, 2005.

CROUCH, R.; McHALE, H.; PALFREY, R.; CURTIS, K. *The trauma nurse coordinator in England: a survey of demographics, roles and resources.* **International Emergency Nursing**, vol.23, n.1, p.8-12, 2015.

CURTIS, K.; LEONARD, E. *The trauma nurse coordinator in Australia and New Zealand: demographics, role and professional development. Journal of Trauma Nursing*; n.19, p.214-220, 2012.

DACKIEWICZ, N.; VITERITTI, L.; MARCIANO, B.; BAILEZ, M.; MERINO, P.; BORTOLATO, D.. *Achievements and challenges in implementing the surgical checklist in a pediatric hospital. Arch Argent. Pediatr.*, vol.110, n.6, p.503-508, 2012.

DAYCHOUM, M. **40 + 4 ferramentas e técnicas de gerenciamento**. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

DE MATTIA, A. L.; BARBOSA, M. H.; ROCHA, A. M.; PEREIRA, N. C. H. Hipotermia em pacientes no período perioperatório. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol.46, n.1, p.60-66, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-2342012000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342012000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2014.

DE VRIES, E. N.; RAMRATTAN, M. A.; SMORENBURG, S. M.; GOUMA, D. J.; BOEMEESTER, M. A. *The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual. Saf. Health Care*, vol.17, n.3, p.216-223, 2008.

DONABEDIAN, A. *Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly*, vol.83, n. 4, p. 691-729, Malden, 2005.

DYSON, E.; SMITH, G. B. *Common faults in resuscitation equipment – guidelines for checking equipment and drugs used in adult cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation*, vol.55, n. 2, p.137-149, Limerick, nov. 2002.

EDWARDS, S. G. *et al. Surgeon perceptions and patient outcomes regarding proximal ulna fixation: a multicenter experience. J. Shoulder Elbow Surg*; vol.21, n.12, p.1637-1643, Dec. 2012.

ELDER, N.C.; PALLERLA, H.; REGAN, S. *What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. BMC Fam. Pract.*, vol.7, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/73>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

ELIAS, A. C. G. P.; MATSUO, T.; GRION, C. M. C.; CARDOSO, L. T. Q.; VERRI, P. H. POSSUM escore como preditor de mortalidade em pacientes cirúrgicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 43, n. 1, p.23-29, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/03.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

ERCOLE, F. F.; FRANCO, L. M. C.; MACIEIRA, T. G. R.; WENCESLAU, L. C. C.; RESENDE, H. I. N. de.; CHIANCA, T. C. M.. Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 19, n. 6, p.1362-1368, Dec. 2011.

ERDMANN, T. R.; GARCIA, J. H. S.; LOUREIRO, M. L.; MONTEIRO, M. P.; BRUNHARO, G. M. Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anesthesiologistas catarinenses. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, vol.66, Issue 1, p.105-110, Jan./Feb. 2016.

FARIA, E.; COSTA, K. R. A.; SANTOS, M. A.; FUNIO, M. K. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **RAS – Revista de Administração em Saúde**, vol.12, n. 47, p.63-70, abr./jun. 2010.

FARIA, P. L.; MOREIRA, P. S.; PINTO, L. S. Direito e Segurança do Paciente. In: SOUSA, Paulo (Org.) **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, EaD/ENSP, 2014. p.115-134.

FERNANDES, A.; QUEIRÓS, P. Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, série 3, nº 4, p.37-48, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.12, n. 4, p. 965-971, Rio de Janeiro, Ago. 2007.

FHEMIG. **Onda Vermelha do Hospital João XXIII apresenta índice de sobrevivência superior ao dos melhores hospitais de trauma do mundo. 2015**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/en/banco-sala-de-imprensa/2611-onda-vermelha-do-hospital-joao-xxiii-apresenta-indice-de-sobrevivencia-superior-ao-dos-melhores-hospitais-de-trauma-do-mundo>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, n.24, p.17-27, 2008. Acesso em: 03 nov. 2013.

FORTIS, E. A. F. O aparelho de anestesia. In: MANICA, J. **Anestesiologia: princípios e técnicas**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.358-393.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev. Port. Saúde Pública**, vol.10, p.17-26, 2010.

FRAGATA, J.; SOUSA, P.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colectiva**, vol.5, n.2, p.181-194, Lanús, agosto 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000200003&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mar. 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

FREITAS, P. **Triagem do serviço de urgência: grupo de triagem de Manchester**. São Paulo: Futura, 2002.

FREITAS, M. R. de; ANTUNES, A. G.; LOPES, B. N. A.; FERNANDES, F. da C.; MONTE, L. de C.; GAMA, Z. A. da S. 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. **Caderno de Saúde Pública**, vol.30, n.1, p.137-148, Rio de Janeiro, jan, 2014.

GARBUTT, J. *Reporting and disclosing medical errors: pediatricians attitudes and behaviors. Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, vol.1, n.2, p.179-185, 2007.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.; SANTOS, J. L. D.; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, vol18, n.2, p.266-272, Florianópolis, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

GAWANDE, A. A.; STUDDENT, D. M, ORAV, E. J.; BRENNAN, T. A.; ZINNER, M. J. *Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N. Engl. J. Med.*, vol.348, n.3, p.229-235, jan. 2003.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

GILLESPIE B. M., WALLIS M.; CHABOYER W. *Operating theatre culture: implications for nurse retention. Western Journal of Nursing Research*, vol.30, n.2, p.259-277, 2008.

GOMES, M. C. S. M. A. **Organização e Gestão do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de Belo Horizonte – Minas Gerais**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 2009. 122 f. Belo Horizonte: UFMG / Escola de Enfermagem, 2009.

GRITTEM, L., MEIER, M., GAIEVICZ, A. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, vol.11, n. 31, p.245-251, set./dez. 2006.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A. H.; DELLINGER, E. P.; DZIEKAN, G. *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N. Engl. J. Med.*, vol.360, p.5, 491-499, Jan. 2009.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A. H.; DELLINGER, E. P. *et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. BMJ Qual. Saf.*, n.20, p.102-107, 2011.

HEALTH FOUNDATION. **Simplificando a melhoria da qualidade: o que todos devem saber sobre melhoria da qualidade do cuidado de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde / Fiocruz, 2013.

HOBGOOD, C.; TAMAYO-SARVER, J. H.; ELMS, A.; WEINER, B. *Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. Pediatrics.*, vol.116, p.6, p.1276-1286, 2005.

IOM – INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press, 2000.

IOM –INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.

JCAHO – *The Joint Commission Organization*. **Protocolo universal de prevenção e intervenções e procedimentos cirúrgicos errôneos e de intervenções em pacientes equivocados**. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/UP\\_Poster-SP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/UP_Poster-SP.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2015.

KEATINGS, M.; MARTIN, M.; McCALLUM, A.; LEWIS, J. *Medical errors: understanding the parent's perspective*. *Pediatr. Clin. North Am.*, p.53, n.6, p.1079-1089, 2006.

KHAN, M. S.; REHMAN, S.; ALI, M. A.; SULTAN, B.; SULTAN, S. *Infection in Orthopedic implant surgery, its risk factors and outcome*. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*, vol.20, n.1, p.23-25, 2008.

KROMBACH, J.; KAMPE, S.; GATHOF, B. S.; DIEFENBACH, C.; KASPER, M. *Human error: the persisting risk of blood transfusion: a report of five cases*. *Anesth. Analg.*, n.94, p.154-156, 2002.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LATOUR, B. *Technology is society made durable*. In: LAW, J. (ed.). *A sociology of monsters: essays on power, technology and domination*. London: Routledge, 1991, p.103-131.

LATOUR, B.. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: ARRISCADO, João; ROQUE, Nuno Ricardo (eds.). **Objectos impuros: experiências em estudo sobre a ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2009, p.37-62

LATOUR, B.. **Reagregando o social**. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc. 2012.

LEAPER, D.; KABON, B.; NAGELE, A.; REDDY, D.; EAGON, C.; FLESHMAN, J. W. *Healthcare associated infection: novel strategies and antimicrobial implants to prevent surgical site infection*. *Ann. R. Coll. Surg. Engl*, vol.92, n.6, 453-8, sep. 2010.

LIMA, A. M.; SOUSA, C. S.; CUNHA, A. L. S. M. Segurança do paciente e montagem da sala operatória: estudo de reflexão. **Rev. Enf. UFPE**, vol.7, n.1, p.289-294, Recife, jan. 2013. Disponível em: file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/4047-35468-1-PB.pdf. Acesso em: 10 mar. 2015.

LOPES, C. M. M.; GALVÃO, C. M. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], vol.18, n.2, p.287-294, 2010.

LÓPEZ, M. A.; LA CRUZ, M. J. R. *Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

- LORENZ, E. N. *Predictability: does the flap of a butterfly's wings in Brazil set off a tornado in Texas?* In: **139<sup>th</sup> Meeting American Association for the Advancement of Science**. 1972. Disponível em: <[http://eaps4.mit.edu/research/Lorenz/Butterfly\\_1972.pdf](http://eaps4.mit.edu/research/Lorenz/Butterfly_1972.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- LORENZ, E. N. *Deterministic non periodic flow*. **Journal of the Atmospheric Sciences**. vol. 20, March 1963.
- LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BÁO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.35, n.2, p.121-127, jun. 2014.
- MALTA, D.C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, vol.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
- MANGRAN, A. J.; HORAN, T. C.; PEARSON, M. L.; SILVER, L. C.; JARVIS, W. R. *Guideline for prevention of surgical site infection*. **Infect Control Hosp Epidemiol**, vol.20, n.4, p.97-134, 1999. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/SSIguidelines.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- MARQUES, A. C.; GUEDES, L. J.; SIZENANDO, R. P. Incidência e etiologia das fraturas de face na região de Venda Nova – Belo Horizonte, MG – Brasil. **Rev. Med. Minas Gerais**, vol.20, n.4, p.500-502, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Nina/Downloads/167-167-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- MARTÍNEZ QUES, A. A.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, G. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.18, n.3, 08 telas, mai./jun. 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- MARTINS, L.; FRAGATA, J. **O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2014.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor de saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, vol. 15, n.3, p.508-514, Florianópolis, jul./set. 2006.
- MAZIERO, E. C. S.; SILVA, A. E. B. C.; MANTOVANI, M. F.; CRUZ, E. D. A. Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.36, n.4, p.14-20, dez. 2015.
- MEEKER, M. H; ROTHROCK, J. C. Alexander, **cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Tradução de Cláudia Lúcia Caetano de Araújo e Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1249 p. Tradução de: Alexander's care of the patient in surgery.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 554 p.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, vol.8, n.4, 393-406, 2005.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. *The assessment of adverse events in hospitals in Brazil*. **Inst. J. Qual. Health Care**, n.21, p.279-284, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIASSO, A. I.; SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B.; GROU, C. R.; OLIVEIRA, R. C.; FAKIH, F. T. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.14, n.3, p.354-363, Ribeirão Preto, maio/jun. 2006.

MINAS GERAIS. **O PDR: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014. 14ª ed. 408 p.

MIRA, J. J.; LORENZO, S.; CARRILLO, I.; FERRUS, L.; NUÑO-SOLINIS, P.; MADERUELO-FERNANDEZ, J.A.; VITALLER, J. *Pilar astier and on behalf of the research group on second and third victims*. **BMC Health Services Research**, 2015, Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0790-7>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MONTEIRO, E. L.; MELO, C. L.; AMARAL, T. L. M.; PRADO, P. R. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. **Rev. SOBECC**, vol.19, n.2, p.99-110, São Paulo, abr./jun. 2014.

MORAES, M. A. ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. **Revista Ator Rede**, ano 1, vol.1, n.1, 2013.

MORAES, M. W.; CARVALHO, R. A inserção do centro cirúrgico na assistência à saúde. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em centro cirúrgico**. São Paulo: Manole, 2007, p.1-21.

MOTTA FILHO, G.R.; SILVA, L.F.N.; FERRACINI, A.M.; BAHR, G.L. The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by Brazilian orthopedists. **Rev. bras. ortop.** 2013, vol.48, n.6, pp.554-562.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2000.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003(a).

MORIN, E. **O método I: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2003(b).

MORIN, E. A comunicação pelo meio (teoria complexa da comunicação). **Revista Famecos – Mídia, Cultura e Tecnologia**. Porto Alegre: Edipucrs, n.20, p.7-12, abr. 2003(c). Disponível em: <<http://200.144.189.42/ojs/index.php/famecos/article/view/335/266>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana**. São Paulo, Cortez, 2003.

MOTA FILHO, G. R.; SILVA, L. F. N.; FERRACINI, A. M.; BAHR, G. L. *The WHO surgical safety checklist: knowledge and use by brazilian orthopedists*. **Revista Brasileira de Ortopedia** (English Edition), vol.48, Issue 6, p.554-562, nov./dec., 2013.

MOURA, M. L. O. **Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro**. Dissertação [Mestrado]. 2010. 106 f. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2010.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n.15, p.523-535. 2012.

MÜLLER, M. *Increasing safety by implementing optimized structures of team communication and the mandatory use of checklists*. **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**, n.41, p.988–992, 2012.

NEUHAUSER, D. *Heroes and martyrs of quality and safety. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is*. **Quality & Safety in Health Care**, London, v.12, n.4, p.317, 2003.

NPSA – National Patient Safety Agency. **Central Alert System (CAS). WHO Surgical Safety Checklist**. England, 26 January de 2009. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/clinical-specialty/surgery/?entryid45=59860>>. Acesso em: 26 out. 2013.

NPSA – National Patient Safety Agency. **10 for 2010: five steps to safer surgery**. England, 2013(a). Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/10-for-2010/five-steps-to-safer-surgery/>>. Acesso em: 26 out. 2013.

NPSA – National Patient Safety Agency. **Patient safety first campaign. Surgical Safety**. England, 2013(b). Disponível em: <<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/Perioperativecare/>>. Acesso em: 26 out. 2013

OBSERVATORIO EBE DE LA FUNDACIÓN INDEX. *Evidencias para unos cuidados de salud seguros. Conclusiones de la V Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia.*, vol.6, n.25, [aprox. 3 p.], Granada, 20 e 21 nov. 2008. Disponível em: <<http://www.index-f.com/evidencia/n25/ev0325.php>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

O'KANE, M.; LYNCH, P. L. M.; MCGOWAN N. Development of a system for the reporting, classification and grading of quality failures in the clinical biochemistry laboratory. **Ann. Clin. Biochem.**, n.45, p.129-134, 2008.

OLIVEIRA, D. C., Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, vol.16, n.4, p.569-576, Rio de Janeiro, out/dez. 2008.

OLIVEIRA, E. L.; WESTPHAL, G. A.; MASTROENI, M. F. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, vol.27, n.1, p.52-60, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/v27n1a09.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

OMS. – Organização Mundial de Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde / Ministério da Saúde / Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. **Manual brasileiro de acreditação**. Brasília: ONA, 2010.

ORSER, B. A.; CHEN, R. J. B.; YEE, D. A. *Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners*. **Can J Anaesth.**, n.48, p.139-146, 2001.

OVRETVEIT, J. *Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. Londres: Health Foundation, 2009. Disponível em: <[http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingQualitySaveMoney\\_Evidence.pdf](http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingQualitySaveMoney_Evidence.pdf)>. Acesso em: 31 ago. 2015.

PANCIERI, A. P.; SANTOS, B. P.; ÁVILA, M. A. G.; BRAGA, E. M. *Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola*. **Rev. Gaúcha Enferm.**, vol.34, n.1, p.71-78, 2013.

PATIL, N. P.; SEVITA, P.; DUTTA, N.; KHANTE, V. V.; SHARMA, A. B.; SATSANGI, D. K. *Contemporary perioperative results of cardiac surgery in the elderly – our experience*. **Indian J. Thorac. Cardiovasc. Surg.**, vol.27, n.1, p.15-19., 2011 Disponível em: <<http://medind.nic.in/ibq/t11/i1/ibqt11i1p15.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor de serviço. **Saúde Soc.**, vol.19, São Paulo, 2010.

PEREIRA, L. T. K.; GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. **Psicol. Reflex. Crit.** [online], vol.22, n.3, p.422-429. 2009.

PEREIRA, M. M. M. **À beira do leito: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 2011. 94 f. Natal: UFRN / Departamento de Enfermagem, 2011.

POON, S. J.; ZUCKERMAN, S. L.; MAINTHIA, R.; HAGAN, S. L. LOCKNEY, D. T.; ZOTOY, A. *Methodology and bias in assessing compliance with a surgical safety checklist.* **Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.**, n.39, p.77-82, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

PROQUALIS. Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Proqualis). Fundação Oswaldo Cruz.- Ministério da Saúde. **Cirurgias Seguras Salvam Vidas.** Disponível em: <<http://proqualis.net/cirurgia>>. Acesso em: 27 out 2013.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, vol.18, n.3, [08 telas], mai./kin. 2010.

RATEAU, F.; LEVRAUT, L.; COLOMBEL, A. L.; BERNARD, J.L; QUARANTA, J. L.; CABARROT, P. *Check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire": une année d'expériences sur 40000 interventions au centre hospitalier de Nice.* **Ann. Fr. Anesth. Reanim.**, vol.30, n.6, p.479-83, 2011.

REASON, J. *Human error: models and management.* **BMJ**, n.320, p.768-770, 2000.

REUS, L. H. **Da câmara escura ao brilho do foco: visibilidades possíveis dos trabalhadores de centro cirúrgico.** Dissertação [Mestrado em Psicologia Social e Institucional]. 2011. 112 f. Porto Alegre: UFRS, 2011.

REUS, L. H.; TITTONI, J. *The visibility of nursing work in the surgical center through photography.* **Interface – Comunicação, Saúde e Educação.**, vol.16, n.41, p.485-97, abr./jun. 2012.

RIBEIRO, H. C. T. C. **Estudo de não conformidades no trabalho de enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais.** 2011. 136 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

RIBEIRO, H. C. T. C.; CAMPOS, L. I.; MANZO, B. F., BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. **Aquichan.**, vol.14, n.4, p.582-593, 2014.

RIBEIRO, H. C. T. C.; QUITES, H. F. O.; BREDES, A. C.; SOUZA, K. A. S.; ALVES, M. *Checklist: adesão, continuidade e melhorias para a promoção da assistência segura no centro cirúrgico.* **Cadernos de Saúde Pública** [mimeo].

ROBBINS, J. *Hospital checklists: transforming evidence-based care and patient safety protocols into routine practice.* **Crit. Care Nurs. Q.**, vol.34, n.2, p.142-149, apr./jun., 2011.

RUNCIMAN, W. B. *Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. Med. J. Aust.*, vol.184, n.10, Suppl: S41-S43, 2006. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/shared-meanings-preferred-terms-and-definitions-safety-and-quality-concepts>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

RYDENFÄLT, C.; JOHANSSON, G.; ODENRICK, P.; AKERMAN, K; LARSSON, P. A. *Compliance with the WHO surgical safety checklist: deviations and possible improvements. Int. J. Qual. Health Care*, vol.25, n.2, p.182-187, Abr. 2013.

SALBEGO, C.; MELLO, A. L.; DORNELLES, C. S.; TOSCANI, P. B. G. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev. Rene**, 2015 jan-fev; vol.16, n.1, 46-53. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1893/pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

SALMAN, F. C.; DIEGO, L. A. S.; SILVA, J. H.; MORAES, J. M. S.; CARNEIRO, A. F. **Qualidade e segurança em anestesiologia**. Rio de Janeiro: SBA – Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2012. 198 p.

SANTOS, J. O.; SILVA, A. E. B. C.; MANUARI, D. B.; MIASSO, A. I. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.20, n.4, São Paulo, out./dez. 2007.

SARAGIOTTO, I. R. A.; TRAMONTINI, C. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória - estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, vol.8, n.3, p.366-371, Maringá, jul./set. 2009.

SCHELKUN, S. R. *Lessons from aviation safety: “plan your operation - and operate your plan!”*. **Patient Saf. Surg.**; vol.8, supl.1, n.38, 2014.

SCHLACK, W. S.; BOERMEEESTER, M. A. *Patient safety during anesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. Curr. Opin. Anaesthesiol.*, vol.23, n.6, p.754-758, dec. 2010.

SCHWARTZMAN, U. P.; DUARTE, L T.; FERNANDES, M. C. B. C.; BATISTA, K. T.; SARAIVA, R. A. A importância da consulta pré-anestésica na prevenção de complicações. **Com. Ciências Saúde**, vol. 22, n.2, p.121-130, 2011. Disponível em: <[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022\\_2\\_4\\_Aimportancia.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_4_Aimportancia.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2015.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde–hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, vol 20, Sup.1, 2005.

SEIDEN, S. C.; BARACH, P. *Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: are they preventable? Arch Surg*. 141, p. 931-929, United States, 2006.

SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L.; NEILANDS, T. B.; ROWAN, K. VELLA, K.; BOYDEN, J. ROBERTS, P. R.; THOMAS, E. J. The Safety Attitudes Questionnaire:

psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, vol.44, n.6, p. 1-10. 2006.

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas recomendadas SOBECC**. São Paulo: SOBECC, 2003.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do Bloco Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, vol.63, n.3, p.427-434, Brasília, mai./jun.2010.

SILVA, MA; CARVALHO, R. Situação de desastre: atuação da equipe de enfermagem em cirurgias emergenciais. **Rev. SOBECC**, vol.18, n.2, p. 67-76 São Paulo. Abr../jun. 2013. Disponível em: <<http://www.itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2013/pdfs/rev-abr-jun-2013.pdf#page=67>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

SILVEIRA, M. A.; PINHEIRO, S. D. SILVA, V. C.; AZEVEDO, M.; CORREIA, R. O. Cavitorymyiasismimickingperitonsilarabscess. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**; n.81, p.336-338, 2015.

SIMONS, F. E.; AIJ, K. H.; WIDDERSHOVEN, G. A.; VISSE, M. *Patient safety in the operating theatre: how A3 thinking can help reduce door movement*. **Int. J. Qual. Health Care**; vol.26, n.4, p.366-371, 2014. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/26/4/366>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

SOLON, J.G.; EGAN, C.; MCNAMARA, D. A. *Safe surgery: how ABCurate are we at predicting intra-operative blood loss?*. **J. Eval. Clin. Pract.**; vol.19, n.1, p.100-105, feb. 2013.

SOUSA, F. M. S. **Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 114 f. 2011. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

SOUSA, P.; OLIVEIRA, S.; ALVES, A; TELES, A.. Gestão do risco de quedas, úlceras por pressão e de incidentes relacionados com transfusão de sangue e hemoderivados. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014.

SOUSA, P.; UVA, A. S; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Rev. Port. Saúde Pública**, vol. temat.10, p.89-95, 2010.

SOUZA, A. B. G.; GUIMARÃES, A. M. C. O Procedimento Anestésico Cirúrgico. In: SOUZA, Aspásia Basil e Gesteira; CHAVES, Lucimara Duarte; SILVA, Maria Claudia Moreira da (orgs.). **Enfermagem em clínica médica e cirúrgica: teoria e prática**. São Paulo: Martinari, 2014, p.191-198.

SOUZA, L P.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; CARNEIRO, F. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; LEMOS, L. F. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, vol.19,

- n.1, p.127-133, jan.-mar. 2011. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.
- STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R. T.; KIRCHNER, R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto Contexto Enferm.**, vol.15, n.3, 464-471. Florianópolis, Jul-Set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a11.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.
- THOMASSEN, O.; BRATTEBO, G.; HELTNE, J. K.; SOFTELAND, E.; ESPELAND, A. *Checklist in the operating room: help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences.* **BMC Health Serv. Res.**, n.10, p.342-352, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/342>>. Acesso em: 04 set. 2015.
- TRIMMEL, H; FITZKA, R.; KREUTZIGER, J.; GOEDECKE, A. *Anesthetist's briefing check. Tool to improve patient safety in the operating room.* **Anaesthetist**, vol.62, n.1. p.53-60, jan. 2013.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, vol.39, n.3, p.507-514, 2005.
- VALIDO, S. C. N. **Checklist cirúrgica:** contributo para uma intervenção na área da segurança do doente. Dissertação [Mestrado em Teologia da Saúde]. 2011. 174 f. Lisboa: Universidade de Évora/Instituto Politécnico de Lisboa/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2011.
- VENDRAMINI, R. C. R.; SILVA, E. A.; FERREIRA, K. A. S. L.; POSSANI, J. F.; BAIA, W. R. M. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**; vol.44, n.3, p.827-832, 2010.
- VIEIRA, C. A. S.; MAFRA, A. A. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Protocolo clínico sobre trauma.** Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocolotraumaMG.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- VINCENT, C. **Segurança do paciente:** orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009.
- YAFANG T. *Relationship between organizational culture, leadership, behavior and job satisfaction.* **BMC Health Serv. Res.**, vol.11, n.1, p.98-106, 2011.
- YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

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

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: AMGH, 2013

WACHTER, R. M.; PRONOVOST, P. J. *Balancing “no blame” with accountability in patient safety*. *N. Engl. J. Med.*, n.361: p.1401-1406, 2009.

WEBER, W. P.; MARTIN, W. R.; ZWAHLEN, M.; MISTELI, H.; ROSENTHAL, R.; RECK, S. *The timing of surgical antimicrobial prophylaxis*. *Ann. Surg*, vol.247, n.6, p.918-926, 2008.

WEBSTER, J.; OSBORNE, S. *Meta-analysis of preoperative antiseptic bathing in the prevention of surgical site infection*. *British Journal of Surgery*, vol.93, Issue 11, p.1224-1441, oct. 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.5606/abstract>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

WEISER, T. G; HAYNES, A. B.; DZIEKAN, G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; GAWANDE, A. A. *Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population*. *Ann. Surg.*, vol.251, n.5, p.976-980. 2010. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/profile/William\\_Berry2/publication/43160342\\_Effect\\_of\\_a\\_19-item\\_surgical\\_safety\\_checklist\\_during\\_urgent\\_operations\\_in\\_a\\_global\\_patient\\_population/links/02e7e52124be9e94b7000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/William_Berry2/publication/43160342_Effect_of_a_19-item_surgical_safety_checklist_during_urgent_operations_in_a_global_patient_population/links/02e7e52124be9e94b7000000.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2015.

WEISER, T. G.; REGENBOGEN, S. E.; THOMPSON, K. D.; HAYNES, A. B.; LIPSITZ, S. R.; BERRY, W. R.; GAWANDE, A. A. *An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data*. *Lancet*, n.372, p.139–144, jul. 2008. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60878-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60878-8/fulltext)>. Acesso em: 19 out. 2013

WHO – World Health Organization. *Patient identification. Patient Safety Solutions*. v.1, solution 2, Geneva: may. 2007. 4 p. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2011.

WHO – World Health Organization. *Patient safety workshop. Learning from error*. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine\\_learning-from-error.pdf](http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf)>. Acesso em: 04 set. 2011.

WHO – World Health Organization. *Patient safety: surgical safety Web map*. 26 Dec 2012. Disponível em: <<http://maps.cga.harvard.edu:8080/Hospital>>. Acesso em: 27 out 2013.

WHO – World Health Organization *10 facts on patient safety*. 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient\\_safety\\_facts/en/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html)>. Acesso em: 4 set. 2011.

ZEGERS, M.; SMITHS, M.; WAGNER, C.; TIMMERMANS, D. R. M.; ZWAAN, L. *The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies*. *Patient Saf. Surg*, vol.5, n.13. p.5-13, May 2011.



# *Glossário*



---

---

## GLOSSÁRIO

**Ato anestésico-cirúrgico:** ações desenvolvidas para realizar no paciente a sedação (anestesia), abertura, ato principal e fechamento (cirurgia) com finalidades estéticas, curativas ou paliativas (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

**Circunstância notificável:** situação com grande capacidade de causar dano ao paciente, mas que não produziu nenhum incidente (WHO, 2009).

**Cirurgia:** origem grega, significa trabalho manual, isto é, o exercício ou prática de uma ocupação (LÓPEZ, LA CRUZ; 2002).

**Cuidado de saúde:** serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Pela ICPS esse termo também inclui o auto-cuidado (OMS, 2009).

**Fatores contribuintes:** circunstâncias, ações ou influências que tem um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente. Eles podem ser externos, organizacionais, estarem relacionados ao *staff* ou a um fator individual do paciente. (OMS, 2009).

**Incidente com dano ou evento adverso:** situação que causou dano ao paciente (WHO, 2009).

**Incidente sem danos:** evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (WHO, 2009)

**Near miss:** incidente que não atingiu o paciente (WHO, 2009).

**Paciente:** pessoa que recebe cuidado de saúde. Pela ICPS, se usa o termo paciente no lugar dos termos consumidores ou clientes, pois é mais abrangente (OMS, 2009).

---

---

**Perigo:** circunstância, um agente ou uma ação com potencial para provocar danos (WHO, 2009).

**Risco:** probabilidade de ocorrência de um incidente, probabilidade de um indivíduo sofrer algum dano em razão da exposição a um perigo (WHO, 2009).

**Sala de operações ou sala de cirurgia ou sala operatória:** local de acesso restrito, onde o paciente é submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico, com características determinadas na legislação quanto à construção e ao acabamento (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

**Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. (OMS, 2009).



# *Apêndices*



## APÊNDICE I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “CIRURGIA SEGURA: perspectivas da equipe multiprofissional de hospitais públicos”, desenvolvida pela doutoranda Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, sob orientação da Professora Doutora Marília Alves da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A referida pesquisa objetiva compreender a cirurgia segura na perspectiva de profissionais que atuam direta e indiretamente na assistência cirúrgica em hospitais públicos de Belo Horizonte. Trata-se de estudo qualitativo e a coleta de dados será realizada por meio de entrevista e observação. Assim, você responderá perguntas sobre a assistência cirúrgica realizada no hospital e sua colaboração neste processo, seja atuando direta ou indiretamente no bloco cirúrgico. Se concordar, você participará de uma entrevista com uso de roteiro semiestruturado e figuras (buscadas na internet) sobre a assistência cirúrgica; suas respostas serão gravadas, posteriormente ouvidas e transcritas para ser o mais fidedigno a elas e estará disponível para você ouvir, se assim o desejar.

As observações serão voltadas para o cotidiano do trabalho dos profissionais e ocorrerão desde a entrada do paciente cirúrgico até a sua alta hospitalar, perpassando principalmente pelo procedimento cirúrgico, se você permitir. Além disso, serão observadas reuniões da equipe, pretendendo-se no mínimo observar uma reunião da enfermagem e outra dos cirurgiões e/ou anestesistas. Estas observações serão registradas no diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Sua participação é voluntária e os riscos são mínimos, porém caso se sinta constrangido em dar alguma resposta, você estará livre para não responder. Afirmamos que será garantido o seu anonimato, as entrevistas serão identificadas apenas pela letra “E” enumerada de acordo com a realização, não identificando, portanto o seu nome. Firmamos o compromisso que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações e o diário de campo ficarão sob nossa responsabilidade por um período de 5 anos, sendo posteriormente totalmente destruídos.

Esperamos que este estudo contribua para reflexão da cirurgia segura sobre a ótica dos profissionais que atuam diretamente na assistência perioperatória e indiretamente no suporte para o ato cirúrgico, e como essa visão, a partir de suas subjetividades, ideologias e práticas influenciam nas estratégias de mudança dos processos de trabalho para uma assistência cirúrgica de qualidade e segura para o paciente.

Informamos que você poderá solicitar informações e fazer perguntas às pesquisadoras, caso tenha alguma dúvida, a qualquer momento do estudo e ainda retirar o seu consentimento, sem nenhum ônus ou prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. Esclarecemos ainda que você não terá nenhum gasto adicional e nenhum benefício financeiro.

Recebemos autorização da instituição que você trabalha para realizar a pesquisa e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG. Assim, se você estiver de acordo e as declarações tiverem sido satisfatórias, solicitamos assinar o presente Termo, dando consentimento para a sua participação no estudo supracitado.

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Marília Alves

\_\_\_\_\_  
Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que recebi este Termo de forma voluntária, fui esclarecido(a) sobre a finalidade da pesquisa e concordo em participar dela, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional entrevistado

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

#### Contato com as pesquisadoras:

- Prof. Drª Marília Alves  
Av. Alfredo Balena, 190 /SI 514 – Stª Efigênia.  
CEP: 30.130-000 - Belo Horizonte/MG  
- Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro  
Rua Nicolina Pacheco 600/101- Palmares  
CEP: 31.155-680 - Belo Horizonte/MG  
Telefones: 31-35827214/31-84375228  
E-mail: [helenctcouth@yahoo.com.br](mailto:helenctcouth@yahoo.com.br)

#### Contato Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG:

Av. Presidente Antonio Carlos, 667 -  
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala  
2005 Campus Pampulha. CEP: 31270-901.  
Belo Horizonte/MG. Telefone: 31-34094592/  
Email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

## APÊNDICE II

### Roteiro de Entrevista Semiestruturado

**Número da Entrevista:** E \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_/\_\_/\_\_  
**Horário de Início:** \_\_\_\_\_ **Horário de Término:** \_\_\_\_\_ **Duração:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino  
**Idade:** \_\_\_\_\_ anos **Estado civil:** \_\_\_\_\_  
**Formação:** ( ) curso técnico ( ) graduação **Área e escola?** \_\_\_\_\_  
**Ano e/ou tempo de formação:** \_\_\_\_\_  
**Nível de qualificação:** ( ) especialização/MBA ( ) mestrado ( ) doutorado  
**Área e Conclusão:** \_\_\_\_\_  
**Função/Cargo exercido na instituição:** \_\_\_\_\_  
**Data de admissão e/ou tempo de trabalho na instituição:** \_\_\_\_\_  
**Forma de admissão:** \_\_\_\_\_  
**Local de atuação na instituição:** \_\_\_\_\_ **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_  
**Carga horária neste hospital:** \_\_\_\_\_ **Turno neste hospital:** \_\_\_\_\_  
**Vínculo com outra instituição?** \_\_\_\_\_ **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

- 1- Como você percebe o Bloco Cirúrgico dentro do hospital? Como você pensa que os profissionais do Bloco percebem o seu setor?
- 2- Como é a relação/articulação/integração entre os diversos setores e profissionais para a realização de uma cirurgia?
- 3- Descreva para mim as condições de trabalho neste hospital para a realização de cirurgias.
- 4- Fale-me sobre seu trabalho no hospital? Como ele contribui para a realização das cirurgias? Para o Médico: Como é seu trabalho na realização das cirurgias no hospital?
- 5- Na sua experiência quando ocorre uma Cirurgia Segura e quando ocorre uma Cirurgia Insegura?
- 6- Fale-me sobre a implantação da Cirurgia Segura neste hospital.  
Como está sendo utilizado o *checklist* de cirurgia segura/*time out* em seu cotidiano de trabalho.  
Para os que atuam indiretamente: Você conhece o *checklist* de cirurgia segura/*time out* do hospital? Como foi sua implantação e como está sendo utilizado?
- 7- Como é realizada a mensuração da assistência cirúrgica?
- 8- Fale-me de uma situação em que ocorreu um erro ou evento adverso relacionado a cirurgia em que você estava envolvido ou ficou sabendo.  
Qual foi a reação dos colegas, da coordenação da unidade e da direção do hospital frente ao evento?  
Essa situação foi notificada e/ou discutida com a equipe?
- 9- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa.

## APENDICE III

**Tabela 1: Adesão ao *checklist* de cirurgia segura por ano de aplicabilidade. Belo Horizonte – MG, (2010 a 2015).**

Ano de uso	Cirurgias realizadas (n)		<i>Checklist</i> aplicados (n)		Adesão (%)	
	Todos os dias	2ª a 6ª feira 07 às 16h*	Todos os dias	2ª a 6ª feira 07 às 16h*	Todos os dias	2ª a 6ª feira 07 às 16h*
1º	4.798	2.657	3.076	2.014	64,1	75,8
2º	5.363	3.062	2.898	1.585	54,0	51,8
3º	5.116	3.093	2.944	1.532	57,5	49,5
4º	4.957	2.845	2.890	1.451	58,3	51,0
5º	4.187	2.609	2.480	1.566	57,8	60,0
<b>Total</b>	<b>24.421</b>	<b>14.266</b>	<b>14.288</b>	<b>8.148</b>	<b>58,3</b>	<b>57,1</b>

Fonte: Ribeiro *et al.* (mimeo).

\*Nota: dias e horário há um profissional responsável pelo preenchimento do *checklist* de cirurgia segura.



# *A nexos*



## ANEXO I

### Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CIRURGIA SEGURA: perspectivas da equipe multiprofissional de hospitais públicos

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 28460314.9.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 619.723

**Data da Relatoria:** 16/04/2014

##### Apresentação do Projeto:

O Segundo Desafio Global estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde enfoca na segurança cirúrgica. Desde então, várias estratégias foram incentivadas como o uso de checklist, o qual é recomendado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013) e tem fortes evidências sobre sua contribuição na diminuição de eventos adversos. Entretanto, o checklist tem sofrido resistências e muitos itens são negligenciados, principalmente os relacionados à comunicação, revelando dificuldade de integração entre os profissionais que compõe a rede cirúrgica. Este estudo tem por objetivo compreender a cirurgia segura na perspectiva de profissionais que atuam direta e indiretamente na assistência cirúrgica em hospitais públicos de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de caso múltiplo de abordagem qualitativa, tendo como cenário o Hospital \_\_\_\_\_ e Hospital \_\_\_\_\_, por serem instituições que, dentre outros fatores, implantaram ações para Cirurgia Segura em 2010.

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é compreender a cirurgia segura na perspectiva de profissionais que atuam direta e indiretamente na assistência cirúrgica em hospitais públicos de Belo Horizonte. Como objetivos específicos buscar-se-a conhecer as dimensões objetivas e subjetivas que influenciam o

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 619.723

cotidiano de trabalho dos profissionais para uma assistência cirúrgica segura;descrever a rede implicada na cirurgia segura;identificar as influências dos agentes não humanos nas relações dos atores humanos que atuam na assistência cirúrgica.

Os sujeitos do estudo são profissionais que atuam indiretamente na cirurgia (como gestor da Central de Material de Esterilização e farmacêutico do bloco cirúrgico, dentre outros) e os que atuam diretamente no ato cirúrgico (cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem). A coleta de dados será por meio de observação e entrevistas com os profissionais utilizando roteiro semi-estruturado. Serão coletados também a narrativa dos sujeitos frente à figuras sobre a segurança ou a falta desta na assistência cirúrgica. Os dados serão analisados com base no referencial de Bardin, empregando a técnica da Análise de Conteúdo Temática.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa possui riscos mínimos.Os possíveis riscos podem estar relacionados a constrangimentos em falar de seu trabalho e atividades da instituição que não conhecem.Para isso deixamos claro que o anonimato será garantido e que os sujeitos podem em qualquer momento da pesquisa interromper sua participação e de forma alguma serão identificados.

Benefícios: estão relacionados à geração de conhecimentos, o que trará informações para tomada de decisão das instituições participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é meritório e relevante e poderá contribuir para a reflexão da cirurgia segura sobre a ótica dos profissionais que atuam diretamente na assistência perioperatória (pré, trans e pós-operatório) e indiretamente no suporte para o ato cirúrgico, e como essa visão, a partir de suas subjetividades, ideologias e práticas influenciam nas estratégias de mudança dos processos de trabalho para uma assistência cirúrgica de qualidade e segura para o paciente.

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

Presente toda a documentação necessária à análise: folha de rosto, parecer consubstanciado aprovado pela Câmara departamental, projeto de pesquisa, protocolo de pesquisa, TCLE, anuência dos hospitais onde será realizada a pesquisa.

**Recomendações:**

Não há. Toda a documentação foi apresentada, e o TCLE está bem redigido, com linguagem clara e informações completas aos sujeitos da pesquisa.

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

Não há.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 619.723

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 17 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**Maria Teresa Marques Amaral**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO II

## Checklist utilizado no hospital em estudo

<b>Checklist da Campanha de Cirurgia Segura Modificado OMS</b>	Data: Data Atual Hora: DS_HORA Pagina: 1/1
--	--

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome do Paciente:</b>	REG:DS_REG
<b>Data da Cirurgia:</b> DS_DATA_CIRURGIA	<b>Sala:</b> DS_SALA
<b>Cirurgião Principal:</b> DS_CIRURGLAO_PRINCIPAL	<b>1º C. Auxiliar:</b> DS_PRIMEIRO
<b>1º Anestesiasta:</b> DS_PRIMEIRO_ANESTESISTA	<b>2º Anestesiasta:</b> DS_SEGUNDO
	<b>Procedimento Realizado:</b> PROCEDIMENTO
	<b>2º C. Auxiliar:</b> DS_SEGUNDO_CIR_AUXILIAR
	<b>Instrumentador/Circulante:</b> DS_INSTRUME

Antes da Indução Anestésica (pré-operatório imediato)	Antes de Iniciar a Cirurgia (pré-operatório imediato)	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica (pós-operatório imediato)
<b>Confirmação sobre o paciente:</b> . Identificação do Paciente; . Local da cirurgia a ser feita; . Procedimento a ser realizado; . Consentimento informado realizado. <b>Sítio cirúrgico do lado correto:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica(NA)	<b>O cirurgião, o anestesiasta e a enfermagem verbalmente confirmam:</b> . Identificação do paciente . Local da cirurgia a ser feito . Procedimento a ser realizado <b>Antecipação de eventos críticos:</b> <b>Revisão do cirurgião:</b> Há passos críticos na cirurgia? DS_PASSOS_CRITICOS Qual sua duração estimada?DURACAO Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Revisão do anestesiasta:</b> há alguma preocupação em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Revisão da enfermagem:</b> Houve correta esterelização do instrumental cirúrgico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Exames de imagem estão disponíveis?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Prevenção de infecção estão disponíveis?</b> O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Tricotomia na sala cirúrgica:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Preparo da pele do paciente (campo operatório): <b>Lavação:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Quem:DS_QUEM <b>Degermação:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Quem:DS_DEGERMACAO_QUEM <b>Antissepsia:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Quem: DS_ANTISSEPSIA_QUEM	<b>A enfermeira confirma com a equipe:</b> Confirma procedimento realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: QUAL A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Biópsias / materiais identificados e com o nome do paciente.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>utilização de hemocomponentes?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>O cirurgião, o anestesiasta e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente.</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Prevenção de infecção de sítio cirúrgico.</b> Orientação para curativo seco no mínimo 24 horas feridas fechada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA Antibiótico profilático pós-operatório conforme protocolo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Controle Glicêmico:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
<b>Checgem do equipamento anestésico</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Monitorização completa:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>O paciente tem alguma alergia?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível DS_QUAL_ALERGIA <b>Há risco de via aérea difícil/ broncoaspiração?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponívelDS_EQUIPAMENTO <b>Há risco de perda sanguínea &gt; 500mlL (7ml/Kg em crianças)?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposiçãoDS_ACESSO_VENOSO_PLANEJAM <b>Prevenção de infecção de sítio cirúrgico.</b> Banho pré-operatório: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Paciente colonizado/infectado por microorganismo resistente (MDR):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Fatores de risco para MDR:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Risco cirúrgico:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Pré-Anestésico:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Exames:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Confirma reserva de sangue:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Conduta médica definida:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Confirma existência de vags no CTI adulto e neonatal:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Exames especiais (Maternidade):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <b>Material solicitado confirmado:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Causa DS_CAUSA		
<b>Checklist Concluído:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Porque:</b> DS_CONCLUIDO_PORQUE18664	<b>Houve registro de eventos adversos:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### ANEXO III

#### Quadro de *Time Out*

## TIME OUT

ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER PROCEDIMENTO É OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DESTA QUADRO

DATA: 21.07.2014

PREVISÃO DE DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE ENTRADA: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_\_

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_

LATERALIDADE	RECURSOS	PROFILAXIA ANTIBIÓTICA	ALERGIAS	PRECAUÇÕES
Lado e local a ser operado.	Todos os materiais e equipamentos necessários			
ESQ. <input type="checkbox"/> DIR. <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			Quais _____	

**CONTAGEM DE COMPRESSAS**

Nº de compressas abertas: \_\_\_\_\_

Nº de compressas devolvidas: \_\_\_\_\_

**APÓS INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Posicionamento correto e suas proteções para cirurgia SIM  NÃO

**ANTES DE SAIR DA SALA CIRÚRGICA**

Controle de compressas e gazes SIM  NÃO

Encaminhamento de peças para Anatomia Patológica SIM  NÃO

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

## ANEXO IV

### Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*checklist*)



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶
Antes da indução anestésica
▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶
Antes da incisão cirúrgica
▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶
Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
<input type="checkbox"/> <b>PACIENTE CONFIRMOU</b> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> <b>CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO</b>	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
<input type="checkbox"/> <b>SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA</b>	<input type="checkbox"/> <b>CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:</b> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> <b>REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO</b>
<input type="checkbox"/> <b>VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA</b>	<b>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)</b>
<input type="checkbox"/> <b>OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</b>	<input type="checkbox"/> <b>COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)</b>
<b>O PACIENTE POSSUI:</b>	<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</b>	<input type="checkbox"/> <b>SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</b>
<b>ALERGIA CONHECIDA?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</b>	<input type="checkbox"/> <b>O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)</b>
<b>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS	<b>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <b>AS IMÁGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	<hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: right; margin: 0;">Assinatura</p>
<b>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS		

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.