

Adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas: perspectiva de enfermeiros*

Larissa de Siqueira Gutierrez¹
José Luís Guedes dos Santos²
Sayonara de Fátima Faria Barbosa²
Ana Rosete Camargo Maia²
Cintia Koerich²
Natalia Gonçalves²

Objetivo: mensurar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em centros cirúrgicos a partir da perspectiva de enfermeiros. Método: estudo transversal, desenvolvido por meio de um *survey on-line* via plataforma *Google Forms*[®]. Os participantes da pesquisa foram 220 enfermeiros de centros cirúrgicos de diferentes regiões do Brasil. Os dados foram coletados por meio de uma ficha de caracterização socioprofissional e questionário em que os participantes indicavam seu nível de concordância em relação ao cumprimento dos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. Resultados: o objetivo 1, operar o paciente certo e local cirúrgico certo, apresentou os maiores níveis de concordância total (n=144; 65,5%) e parcial (n=52; 23,6%). O objetivo 10, o hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre capacidade, volume e resultados cirúrgicos, obteve os menores percentuais de concordância total (n=69; 31,4%) e parcial (n=81; 36,8%). Conclusão: a adesão aos objetivos do Programa é adequada, mas há fragilidades especialmente em relação à prevenção de *never events*.

Descritores: Segurança do Paciente; Centros Cirúrgicos; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Qualidade da Assistência à Saúde; Gerenciamento da Prática Profissional; Gestão em Saúde.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado de enfermagem para a promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico", apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

¹ Hospital Baía Sul, Centro Cirúrgico, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

Como citar este artigo

Gutierrez LS, Santos JLG, Barbosa SFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3108. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2711.3108>

mês dia ano URL

Introdução

Os centros cirúrgicos são considerados unidades complexas e de alto risco, suscetíveis a erros e eventos adversos que podem gerar mortes ou complicações aos pacientes. Nos países desenvolvidos, o índice de complicações importantes em procedimentos cirúrgicos é de 3 a 16% e a taxa de mortalidade é de 0,4 a 0,8%, aproximadamente metade desses eventos pode ser considerada evitável. Já em países em desenvolvimento, estimam-se taxas de mortalidade de 5 a 10% em cirurgias de grande porte⁽¹⁾.

Diante desse cenário, em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou diretrizes para a implantação de um protocolo universal de segurança do paciente cirúrgico. O *guideline* foi desenvolvido após a campanha *Safe Surgery Saves Lives* (Cirurgia Segura Salva Vidas), tendo sido traduzido para o Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e divulgado no ano de 2010⁽¹⁻²⁾.

A partir dessa campanha mundial, o tema tem ganhado ampla projeção por meio das mídias televisivas e redes sociais, ampliando o debate tanto entre especialistas e profissionais de saúde quanto entre pacientes. O Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas⁽¹⁾ visa à redução do número de mortes e complicações cirúrgicas e contempla 10 objetivos essenciais para garantir a segurança do paciente. Esse conjunto de objetivos pode ser considerado como uma ferramenta para a segurança na prática dos profissionais de saúde, auxiliando-os no desenvolvimento de ações que visam à diminuição de erros nos processos assistenciais^(1,3).

A implantação de um programa de segurança do paciente em uma organização de saúde vai além da aplicação de questionários e cumprimento de metas. A cultura deve estar contemplada na missão e nos valores da instituição de saúde e os líderes devem compreender a prática da segurança do paciente como um indicador de qualidade assistencial. Nesse contexto, os enfermeiros têm maiores condições de identificar os riscos aos quais os pacientes estão expostos no centro cirúrgico e, portanto, liderar a incorporação de uma cultura de cirurgia segura e adesão aos objetivos do Programa⁽³⁻⁵⁾.

Pesquisadores nacionais e internacionais têm destacado a necessidade de investigações sobre como melhorar a cultura organizacional da segurança do paciente, assim como avaliar a evolução da implementação de processos de melhoria do cuidado cirúrgico⁽²⁻⁶⁾. Porém, conforme recente revisão sobre publicações relacionadas à segurança do paciente no ambiente hospitalar, somente 3,5% dos estudos abordavam o tema cirurgia segura, especialmente no que diz respeito à adesão e/ou cultura de segurança do paciente entre profissionais⁽⁶⁾. Assim, constata-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a

adesão de profissionais de saúde ao Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

Adesão pode ser definida como a adoção e manutenção de boas práticas para a qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde, o que exige do profissional conhecimento técnico, atitude ética e motivação⁽⁷⁾. Dessa maneira, considerando que os enfermeiros de centro cirúrgico no Brasil são os gestores dessa unidade e têm posição fundamental no desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente cirúrgico, delineou-se como questão de pesquisa: Qual é adesão dos profissionais de saúde aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas na perspectiva de enfermeiros de centro cirúrgico?

O objetivo do estudo foi mensurar a adesão aos objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em centros cirúrgicos a partir da perspectiva de enfermeiros.

Método

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido por meio de um *survey on-line* para enfermeiros de centro cirúrgico de diferentes regiões do Brasil.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2017, via plataforma *Google Forms*[®]. A opção por um questionário virtual teve como objetivo potencializar a coleta de dados, pois as pesquisas pela Internet representam uma alternativa econômica que possibilita ultrapassar barreiras geográficas e ampliar o número de participantes do estudo⁽⁸⁾.

Para a composição da amostragem da pesquisa, enviou-se o *link* com o questionário por *e-mail* aos enfermeiros cadastrados na Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilização e Recuperação Pós-Anestésica (SOBECC) e Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). O envio desse *e-mail* foi realizado diretamente pelas entidades supracitadas, não sendo possível precisar o número total de participantes arrolados nessa etapa da pesquisa.

De forma complementar, a pesquisadora principal do estudo enviou 341 *e-mails* com o *link* do questionário a participantes da Rede de Hospitais do Brasil com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Também foi solicitada a divulgação do *link* do questionário aos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) e às seções estaduais da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) com os seus associados. Essas instituições foram escolhidas por congregarem potenciais participantes do estudo.

Visando ampliar o acesso à pesquisa e, por conseguinte, incluir enfermeiros não cadastrados nas instituições supracitadas, o *link* da pesquisa também foi

compartilhado em grupos e contatos do *WhatsApp*[®], aos quais os pesquisadores responsáveis tinham acesso, que tivessem relação ou atuação na área da saúde/centro cirúrgico. Ao total, foram enviadas 205 mensagens via *WhatsApp*[®]. O *link* foi compartilhado também nas redes sociais *Facebook*[®], *LinkedIn*[®] e *Instagram*[®], com alcance de mais de 23 mil pessoas, sendo que 219 clicaram diretamente no *link*.

A partir dessas estratégias, buscou-se abarcar o maior número de enfermeiros de centro cirúrgico atuantes no Brasil. Diante da ausência de literatura prévia para estimar o número de enfermeiros atuantes em centro cirúrgicos em nível nacional e como o questionário não foi restrito às listas de *e-mails*, não foi possível estimar um cálculo amostral. Assim, obteve-se uma amostra por conveniência não probabilística composta por 248 enfermeiros que responderam ao questionário.

Foram incluídos os enfermeiros com experiência profissional mínima no centro cirúrgico de três meses e que estivessem atuando nesse setor no momento do estudo. Tais critérios de inclusão eram informados aos participantes no momento do convite para responder ao questionário *on-line*. Foram excluídos os questionários com informações incompletas e em duplicidade, ou seja, quando o mesmo participante respondeu mais de uma vez ao questionário. A duplicidade de respostas foi avaliada por meio da auditoria dos registros de *e-mail* dos participantes, sendo considerada a última resposta recebida.

O instrumento de coleta de dados foi composto por duas partes, a saber: ficha de caracterização com as variáveis acerca do perfil socioprofissional dos enfermeiros (sexo, idade, experiência em centro cirúrgico, formação, região do país, tipo de estabelecimento de trabalho, área de trabalho, carga horária semana, tipo de atuação profissional e informações sobre o serviço, como a quantidade de sala cirúrgicas sob responsabilidade do enfermeiro e número de cirurgias).

Na segunda parte, elaborou-se um questionário em que os participantes indicavam o seu nível de concordância em relação ao cumprimento de cada um dos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas no seu local de trabalho atual. Para a resposta, utilizou-se uma escala do tipo Likert com cinco opções de resposta: Discordo Totalmente (DT), Discordo Parcialmente (DP), Neutro (N), Concordo Parcialmente (CP) e Concordo Totalmente (CT). Os 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas⁽¹⁾ são: (1) A equipe operará o paciente e o local cirúrgico certo; (2) A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração e anestésicos enquanto protege o paciente da dor; (3) A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de

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

Ressalta-se que, antes da coleta de dados, realizou-se a validade de face e conteúdo com três enfermeiros de centro cirúrgico e dois enfermeiros docentes com experiência na temática do estudo, os quais não foram incluídos na pesquisa. Além disso, os juízes realizaram um pré-teste para averiguar a facilidade/dificuldade no preenchimento do instrumento. Como não houve discordância, sugestões e dificuldades no preenchimento, não foram necessárias alterações no instrumento.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e a análise se deu com o uso do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 19. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio de frequência absoluta e percentual. Para as variáveis contínuas, analisaram-se as medidas de posição (média, mínimo e máximo) e dispersão (desvio padrão). Para analisar a adesão dos profissionais aos objetivos do Programa, considerou-se como adequado um percentual de concordância igual ou superior a 75%⁽⁷⁾.

As recomendações éticas foram seguidas e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 64255317.9.0000.0121. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado *on-line* aos participantes antes de iniciar a coleta de dados por meio de uma página de esclarecimento sobre a pesquisa. O participante precisava clicar na opção "concordo em participar da pesquisa" para confirmar a sua anuência em relação aos termos do estudo e ser direcionado para a tela seguinte com o questionário.

Resultados

Foram recebidas 248 respostas, porém, para a amostra da pesquisa, consideraram-se as respostas de 220 enfermeiros. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 10 participantes que indicaram tempo de atuação inferior a três meses em centro

cirúrgico, 10 questionários devido à duplicidade de participação e oito por apresentarem itens incompletos. A caracterização do perfil socioprofissional da amostra está apresentada na Tabela 1.

A distribuição das respostas quanto à adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam

Vidas está apresentada na Tabela 2. O maior nível de concordância foi evidenciado no objetivo 1, com o qual 144 (65,5%) respondentes concordaram totalmente e 52 (23,6%), parcialmente. O menor percentual de concordância total (n=69; 31,4%) e parcial (n=81; 36,8%) foi registrado no objetivo 10.

Tabela 1 – Caracterização do perfil socioprofissional dos enfermeiros participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Variável	n(%)	Média	Desvio Padrão	Varição (mín.-máx.)
Idade (anos)		37,6	8,4	21-62
Sexo				
Feminino	186(84,5)			
Masculino	34(15,5)			
Experiência em centro cirúrgico (anos)		7,6	7	0,25-37
Formação				
Graduação	31(14,2)			
Especialização centro cirúrgico	75(34,2)			
Especialização em outra área	62(28,3)			
Mestrado	39(17,8)			
Doutorado	12(5,5)			
Região				
Norte	12(5,5)			
Nordeste	29(13,2)			
Centro-Oeste e Distrito Federal	9(4,1)			
Sudeste	86(39,1)			
Sul	84(38,2)			
Tipo de estabelecimento				
Privado	86(39,1)			
Público	76(34,5)			
Filantrópico	34(15,5)			
Público-Privado	24(10,9)			
Área de trabalho				
Somente CC*	16(7,3)			
Somente RPA†	6(2,7)			
CC* e RPA†	60(27,3)			
CC*, RPA† e CME‡	86(39,1)			
CC* e outra unidade	52(23,6)			
Salas cirúrgicas sob sua responsabilidade		6	3,9	0-28
Volume médio de cirurgias/mês		468,79	482,9	6-3000
Tipo de atuação profissional				
Enfermeiro assistencial	117(53,2)			
Enfermeiro gestor	103(46,8)			
Carga horária semanal (em horas)		36,6	9,1	8-60

*Centro Cirúrgico; †Recuperação Pós-Anestésica; ‡Central de Material Esterilizado.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos participantes quanto à adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Objetivo	DT* n(%)	DP† n(%)	N‡ n(%)	CP§ n(%)	CT n(%)
1 - Operar o paciente certo e no local cirúrgico certo	6(2,7)	10(4,5)	8(3,6)	52(23,6)	144(65,5)
2 - Usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos enquanto protege o paciente da dor	8(3,6)	12(5,5)	20(9,1)	64(29,1)	116(52,7)
3 - Reconhecer e estar efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameace a vida	6(2,7)	14(6,4)	17(7,7)	65(29,5)	118(53,6)
4 - Reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas	6(2,7)	15(6,8)	20(9,1)	66(30)	113(51,4)
5 - Evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente	5(2,3)	11(5,0)	14(6,4)	73(33,2)	117(53,2)
6 - Usar, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico	6(2,7)	17(7,7)	10(4,5)	74(33,6)	113(51,4)
7 - Impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas	6(2,7)	14(6,4)	14(6,4)	65(29,5)	121(55)
8 - Manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos	5(2,3)	11(5)	18(8,2)	61(27,7)	125(56,8)
9 - Comunicar-se efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação	5(2,3)	19(8,6)	17(7,7)	73(33,2)	106(48,2)
10 - O hospital e os sistemas de saúde pública estabelecem vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos	13(5,9)	27(12,3)	30(13,6)	69(31,4)	81(36,8)

*Discordo Totalmente; †Discordo Parcialmente; ‡ Neutro; §Concordo Parcialmente; || Concordo Totalmente.

Discussão

Este é o primeiro estudo que analisou a adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas em centros cirúrgicos a partir da perspectiva de enfermeiros de diferentes regiões do Brasil. Assim, os resultados apresentados contribuem tanto para a produção do conhecimento científico sobre segurança do paciente em centro cirúrgico quanto para a prática de enfermeiros e gestores dessa área assistencial. Além disso, a pesquisa apresenta um panorama da caracterização socioprofissional dos enfermeiros de centro cirúrgico no Brasil.

A amostra deste estudo foi composta majoritariamente por participantes do sexo feminino (n=186; 84,5%), com média de 37,6 anos de idade. Tais resultados vão ao encontro do perfil sociodemográfico dos enfermeiros no Brasil⁽⁹⁾. A maioria dos participantes possuía especialização em centro cirúrgico (n=75; 34,2%) e atuava em hospital privado (n=86;39,1%) como enfermeiro assistencial (n=117;53,2%).

Quanto ao número de salas cirúrgicas sob responsabilidade dos enfermeiros, obteve-se uma variação de zero a 28. Apesar da importância dos enfermeiros na gestão do cuidado⁽¹⁰⁾, a resposta zero pode indicar que alguns não se consideraram diretamente responsáveis pelas salas cirúrgicas e atribuem tal responsabilidade a outros enfermeiros ou gestores.

A maioria das respostas foi proveniente das regiões Sul e Sudeste, o que pode estar relacionado à maior

quantidade de hospitais e centros cirúrgicos nesses locais. Além disso, há uma concentração do número de enfermeiros em grandes centros urbanos no Brasil⁽⁹⁾.

A maioria dos enfermeiros trabalhava em mais de uma unidade na instituição, além do Centro Cirúrgico (n=138; 62,7%), principalmente Recuperação Pós-Anestésica e Central de Material Esterilizado (n=86; 39,1%). Nesse sentido, pontua-se que a atuação em mais de um setor pode impactar negativamente no controle do enfermeiro sobre o ambiente de cuidado⁽¹¹⁾.

Em relação à adesão aos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, com exceção do objetivo 10, os demais objetivos apresentaram índices de concordo parcialmente e concordo totalmente acima de 75%. Esse resultado indica um nível de adesão adequado a nove dos 10 objetivos analisados⁽⁷⁾.

No entanto, alguns eventos adversos graves relacionados a procedimentos cirúrgicos não deveriam ocorrer. Tratam-se de *never events*, como cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado ou paciente errado; cirurgia ou procedimento invasivo errado em um paciente; retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou procedimento invasivo; e óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório em paciente conforme classificação da *American Society of Anesthesiology* (ASA)⁽¹²⁻¹³⁾.

A partir dessa classificação, pode-se considerar que os objetivos 1, 7 e 8 visam à prevenção de *never events*. Dessa forma, qualquer opção diferente de Concordo Totalmente (CT) assinalada pelos participantes

deste estudo quanto a esses objetivos indica risco à segurança do paciente. Nesse sentido, destaca-se que, de acordo com a ANVISA, ocorreram no Brasil, de 2014 a 2017, 19 óbitos intraoperatórios ou imediatamente no pós-operatório em paciente ASA I, 66 notificações de retenção não intencional de corpo estranho e 12 procedimentos cirúrgicos em local errado do corpo⁽¹³⁾.

De forma semelhante, estudo brasileiro identificou uma adesão de 98% da equipe em relação aos 10 objetivos propostos pela OMS por meio da checagem do *checklist* de cirurgia segura. Porém, muitos itens não estavam adequadamente preenchidos, evidenciando falha na segurança do paciente, principalmente nos objetivos 1, 4, 5, 7, 8 e 9⁽¹⁴⁾.

No contexto internacional, pesquisadores canadenses, ao analisarem 212 casos de pacientes submetidos à cirurgia abdominal de urgência, constataram que 51,9% apresentaram complicação não fatal, 22,6% tiveram perda de independência e 6,6% foram a óbito no hospital⁽¹⁵⁾. Na Holanda, a partir da investigação de 67.630 procedimentos cirúrgicos, identificaram-se 2.563 incidentes, sendo 34% (n=877) decorrentes do não cumprimento de protocolos institucionais pelos profissionais⁽¹⁶⁾.

A seguir, discutem-se os resultados obtidos por cada um dos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

O Objetivo 1 obteve a maior concordância (89,1%) em relação aos objetivos analisados. Porém, esse resultado é preocupante, uma vez que esse objetivo se refere a um *never event*. Estudo feito em São Paulo, no Brasil, demonstrou que 55% dos profissionais da equipe de enfermagem classificaram a ausência de lateralidade como um evento adverso⁽¹⁷⁾. Pesquisa realizada com 502 ortopedistas brasileiros evidenciou que 40% relataram não demarcar o local da cirurgia e 40% afirmaram já terem realizado cirurgia no local errado. A maioria dos participantes referiu nunca ter sido capacitada para o uso de protocolo de cirurgia segura⁽¹⁸⁾. Embora não seja realidade no Brasil, a demarcação do sítio cirúrgico por enfermeiros pode contribuir para a segurança do ato cirúrgico, conforme resultados de estudo suíço⁽¹⁹⁾.

Quanto aos Objetivos 2, 3, 4 e 5, em média, 50% dos participantes relataram concordar totalmente que a equipe adere às recomendações da OMS. Esses quatro objetivos referem-se à segurança do paciente no procedimento anestésico⁽¹⁾, o que pode ter contribuído para níveis de concordância similares entre os participantes.

A consulta pré-anestésica deve ser realizada para os pacientes submetidos a procedimentos eletivos e possibilita a prevenção de eventos relacionados a práticas anestésicas. É importante para avaliação do risco para via aérea difícil, identificação de alergias ou

reações adversas e previsão de possível perda sanguínea durante o ato cirúrgico⁽²⁰⁾.

O acesso da via aérea difícil gera complicações que podem resultar em morte ou dano cerebral, as quais são evitáveis a partir da avaliação da via aérea antes da indução anestésica⁽²¹⁾. No Brasil, existem tecnologias disponíveis para a prevenção da via aérea difícil, inclusive alternativas simples e econômicas que contribuem para a segurança do paciente⁽²²⁾.

A prevenção de riscos relacionados a eventos adversos é ponto-chave da segurança do ato anestésico. Estudo brasileiro apresentou o panorama da ocorrência da Anafilaxia Perioperatória (APEO), que é uma reação alérgica rara, mas com início rápido e fatal. A incidência varia de acordo com o país, podendo ser de 1:1.250 a 1:13.000 cirurgias. As principais causas são os relaxantes musculares, o látex e os antibióticos⁽²³⁾.

Aproximadamente 15% a 40% dos pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentam anemia no momento da cirurgia⁽²⁴⁾. A partir da consulta pré-anestésica, é possível reverter a condição anêmica do paciente em cerca de 15 dias. A anemia no pré-operatório está diretamente relacionada à transfusão sanguínea no ato cirúrgico, que é considerada a principal causa de morbidade e mortalidade pós-operatórias⁽²⁵⁾.

Outro aspecto importante é a atuação do anesthesiologista na administração de medicamentos anestésicos. Embora os protocolos de administração de medicamentos por via intravenosa não tenham apresentado grandes mudanças nos últimos 60 anos, ainda existe alto índice de erros relacionados à medicação no ato anestésico⁽²⁶⁾.

Em Santa Catarina, Brasil, estudo com 61 anestesistas evidenciou que 91,8% já tinham cometido mais de um erro de administração de medicamento. As principais causas levantadas foram distração, fadiga ou baixa gravidade do paciente⁽²⁷⁾. Na China, estudo evidenciou como principais causas de erro de medicação anestésica omissão, dosagem incorreta e substituições de medicação⁽²⁸⁾. A identificação incorreta de ampolas e seringas também é uma das principais causas de erro de medicação relacionado ao ato anestésico⁽²⁹⁾.

Diante do cenário internacional e da legislação vigente no Brasil, a atuação conjunta do enfermeiro com o anesthesiologista é fundamental para o planejamento e a organização de materiais e equipamentos para o procedimento anestésico. Além disso, nos Estados Unidos e em alguns países europeus, existe uma legislação que define a formação e atuação independente do enfermeiro, com protocolos de cuidados que permitem a elaboração do plano anestésico e autonomia para a execução da assistência durante o procedimento cirúrgico⁽⁶⁾.

O Objetivo 6 obteve 85% de concordância entre os enfermeiros. A Infecção no Sítio Cirúrgico (ISC) ocorre

em cerca de 3% a 20% dos procedimentos cirúrgicos, constituindo-se como principal causa de morbidade e mortalidade na assistência médica moderna⁽³⁰⁾. A maioria das ISCs é passível de prevenção, principalmente a partir da realização de antibiótico profilático⁽³¹⁻³²⁾. No Brasil, a taxa de adesão ao uso da antibioticoterapia profilática é de 84%⁽³³⁾. Já na Suécia, essa taxa é estimada em 92%⁽³⁴⁾.

O Objetivo 7 teve uma taxa de concordância de 84% e também se refere a um *never event*. Esse resultado é preocupante diante da gravidade das consequências que um evento dessa natureza acarreta aos pacientes. A contagem de compressas é uma prática de baixo custo, que exige organização e método estruturado, como um formulário impresso^(1,35). A retenção de uma compressa em uma ferida cirúrgica gera um gossipiboma, que é uma matriz de matéria têxtil envolvida por reação de corpo estranho. Ela ocorre principalmente no espaço intra-abdominal, podendo ter apresentação de fístula, abscesso ou massa⁽³⁶⁾.

A incidência de gossipiboma é subnotificada devido às implicações médico-legais. De acordo com uma revisão de literatura, a taxa de ocorrência em operações abdominais é de 1:1.000 a 1:1.500. Muitas vezes o paciente fica assintomático, o que também contribui para a subnotificação⁽³⁷⁾. Estudo desenvolvido no Paquistão demonstrou que a ocorrência de gossipiboma ocorre principalmente em cirurgia de urgência⁽³⁸⁾.

No Objetivo 8, a concordância parcial e total foi de 84,5%. Esse achado vai ao encontro dos resultados de um estudo com 31 profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico em São Paulo, Brasil, dos quais 92,9% consideraram o descarte inadequado de uma peça cirúrgica um evento adverso grave⁽¹⁵⁾. Em Taiwan, dos 200.345 espécimes coletados em um centro médico, 1023 estavam com erro de identificação⁽³⁹⁾.

O Objetivo 9 obteve 81,4% de concordância, segundo menor índice entre os objetivos avaliados, indicando que problemas de comunicação são muito frequentes em centro cirúrgico. Estudo holandês associou 11% dos eventos adversos ocorridos na sala cirúrgica a problemas de relacionamento e falhas de comunicação⁽¹⁴⁾. No Brasil, a falha de comunicação entre a equipe médica e de enfermagem representa 32% das causas dos eventos adversos em centro cirúrgico⁽¹⁵⁾.

O Objetivo 10 apresentou o nível de concordância mais baixo entre os objetivos analisados. O compartilhamento de informações e a socialização dos indicadores estimula a aprendizagem a partir do erro. Além disso, a notificação permanente e o rastreamento fortalecem a disseminação da cultura de segurança e envolvem os membros da equipe no desenvolvimento de melhores práticas de segurança⁽³³⁾. O monitoramento de resultados nos centros cirúrgicos é importante para

instrumentalizar os gestores e profissionais para a tomadas de decisões no centro cirúrgico⁽⁴⁰⁾.

Dessa forma, os resultados do presente estudo contribuem para evidenciar a complexidade da adesão às recomendações da OMS no Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Além disso, os achados apresentados poderão auxiliar gestores e profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias para segurança do paciente no centro cirúrgico, especialmente em relação a *never events*.

Quanto às limitações desta pesquisa, as interpretações dos resultados podem ser consideradas de alcance restrito devido ao recorte transversal da pesquisa e à adoção de uma amostra por conveniência não probabilística. Ressalta-se que esse tipo de amostragem não permite identificar se as pessoas selecionadas são realmente representativas da população.

Entretanto, as características da amostra do presente trabalho podem auxiliar na estimação de números amostrais para futuros estudos, visto que se tratou de uma população ampla, com número expressivo e atuante em diversas regiões brasileiras. Em relação à validade interna, a realização de coleta de dados online dificulta o controle de amostras e populações, pois o questionário pode ser preenchido por outra pessoa, que não o profissional. Além disso, é mais fácil o participante recusar-se a participar ou abandonar o estudo em andamento, bem como há maior possibilidade de pessoas interessadas pelo tema enviesarem a composição da amostra.

Conclusão

Contatou-se um nível de adesão adequado a nove dos 10 objetivos do Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas. O objetivo que apresentou adesão insatisfatória diz respeito à adoção pelos hospitais e sistemas de saúde de mecanismos de vigilância de rotina sobre a capacidade, o volume e os resultados cirúrgicos. Assim, espera-se que este estudo possa subsidiar a discussão de estratégias para aumentar a segurança do paciente no centro cirúrgico, especialmente em relação à vigilância em saúde e prevenção de *never events*.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009. [Acesso 18 mar 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf

2. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited Feb 4, 2018];23(6):1041-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601041&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
3. Corona ARP, Peniche ACG. The patient safety culture in the adherence to the safe surgery protocol. *Rev SOBEC*. [Internet]. 2015 [cited Feb 4, 2018];20(3):179-85. Available from: https://revista.sobec.org.br/sobec/article/view/88/pdf_1
4. Campione J, Famolaro T. Promising practices for improving hospital patient safety culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* [Internet]. 2018 [cited Feb 4, 2018];44(1):23-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29290243>
5. Lemos CS, Peniche ACG. Nursing care in the anesthetic procedure: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2016 [cited Feb 4, 2018];50(1):158-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100154&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
6. Silva ACA, Silva JF, Santos LRO, Avelino AVSD, Santos AMR, Pereira AFM. Patient safety in the hospital context: an integrative literature review. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2016 [cited Feb 4, 2018];21(1):1-9. Available from: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763/pdf_1
7. Sax H, Perneger T, Hugonnet S, Herrault P, Chraiti MN, Pittet D. Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* [Internet]. 2005 [cited Aug 20, 2018];26:298-304. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15796284>
8. Faleiros F, Käßpler C, Pontes FAR, Silva SSC, Goes FSN, Cucick CD. Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2016 [cited Feb 4, 2018];25(4):e3880014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400304
9. Machado MH, Aguiar W, Filho, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco.* [Internet]. 2016 [Acesso 4 fev 2018];7(esp):9-14. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php>.
10. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [cited Feb 4, 2018];30(3):323-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000300323&script=sci_arttext&tlng=en
11. Toffoletto MC, Ruiz XR. Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2013 [cited Feb 4, 2018];47(5):1098-105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf>
12. Bolton H. Never Events – the ongoing problem of the retained vaginal sponge/swab. *BJOG: Int J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2017 [cited Feb 4, 2018];124:142-2. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.14041>
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios reúnem os dados, por Estado, de Eventos adversos notificados à Anvisa no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2017 Brasília: Anvisa. [Internet]. 2017 [Acesso 4 fev 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>
14. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2015 [cited Feb 4, 2018];19(2):246-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400014
15. Bailey JG, Davis PJB, Levy AR, Molinari M, Johnson PM. The impact of adverse events on health care costs for older adults undergoing nonelective abdominal surgery. *Can J Surg* [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];59(3):172-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26999476>
16. Chevalking AJH, Calsbeek H, Damen J, Gooszen H, Wolff AP. The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 “near-misses” and adverse events. *Patient Saf Surg.* [Internet]. 2014 [cited Jan 5, 2018];8:46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25632301>
17. Bohomol E, Tartali JA. Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];26(4):376-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400012&script=sci_arttext&tlng=en
18. Filho GRM, Silva LFN, Ferracini AM, Bähr GL. The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by Brazilian orthopedists. *Rev Bras Ortop.* [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];48(6):554-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162013000600554&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Thurnherr JS, Biegger A, Soll C, Melcher GA. Should nurses be allowed to perform the pre-operative surgical site marking instead of surgeons? A prospective

- feasibility study at a Swiss primary care teaching hospital. *Pat Saf Surg*. [Internet]. 2017 [cited Jan 5, 2018];11:9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5379652/>
20. Schwartzman UP, Batista KT, Duarte LTD, Saraiva RÂ, Fernandes MCBC, Costa VV, et al. Anesthetic complications in a rehabilitation hospital: is the incidence related to the pre-anesthetic visit?. *Braz J Anesthesiol*. [Internet]. 2014 [cited Jan 5, 2018];64(5):357-64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001414000360>
21. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, Blitt CD, Connis RT, Nickinovich DG, et al. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];118:251-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23364566>
22. Neto FLD, Andrade JMS, Raupp ACT, Townsend RS, Neres FS, Cremonese RV. Use of a homemade introducer guide (bougie) for intubation in emergency situation in patients who present with difficult airway: a case series. *Braz J Anesthesiol*. [Internet]. 2016 [cited Jan 05, 2018];66(2):204-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709414000294?via%3Dihub>
23. Aun VM, Garro LS, Ribeiro MR, Motta AA, Kalil J, Bianchi PG. Perioperative anaphylaxis: The Brazilian experience. *Rev Port Imunoalergol*. [Internet]. 2016 [citado Fev 4, 2018];24(2):99-106. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0871-97212016000200006&script=sci_arttext&tlng=en. ISSN 0871-9721
24. Spahn DR, Goodnough LT. Alternatives to blood transfusion. *Lancet*. [Internet]. 2013 [cited Feb 4, 2018];381:1789-876. Available from: <https://www.sciencedirect-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0140673613608089>
25. Obi AT, Park YJ, Bove P, Cuff R, Kazmers A, Gutm HS, et al. The association of perioperative transfusion with 30-day morbidity and mortality in patients undergoing major vascular surgery. *J Vasc Surg*. [Internet]. 2014 [cited Jan 5, 2018];61(4):1000-9.e1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25596978>
26. Dhawan I, Tewari A, Sehgal S, Sinha AC. Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable? *Rev Bras Anesthesiol*. [Internet]. 2017 [cited Jan 5, 2018];67(2):184-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28236867>
27. Erdmann TR, Garcia JHS, Loureiro ML, Monteiro MP, Brunharo GM. Profile of drug administration errors in anesthesia among anesthesiologists from Santa Catarina. *Braz J Anesthesiol*. [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];66(1):105-10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709414001950>
28. Zhang Y, Dong YJ, Webster CS, Ding XD, Liu SY, Chen WM, et al. The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia in a Chinese hospital. *Acta Anaesthesiol Scand*. [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];57(2):158-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22946731>
29. Orser AB, Hyland S, U D, Sheppard I, Wilson CR. Review article: Improving drug safety for patients undergoing anesthesia and surgery. *Can J Anesth*. [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];60:127. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23264011>
30. Garner BH, Anderson DJ. Surgical Site Infection: An Update. *Infect Dis Clin North Am*. [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];30(4):909-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27816143>
31. Medeiros AC, Carvalho MDF. Infection in surgery. *J Surg Cl Res* [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];7(2)60-73. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/jscr/article/view/11413>
32. Santos GC, Baylão AFG, Borges SCF, Silva LA, Batista MHJ, Leite GR. Incidence and risk factors of surgical wound infection: integrative literature review. *Itinerarius Reflectionis*. [Internet]. 2015 [cited Mar 5, 2018];11(1):1-15 Available from: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/11058>
33. Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranagua TTB, Bernardes MJC, Teixeira CC. Occurrence of incidents at a surgical center: a documentary study. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Jan 5, 2018];17(4):1-10. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33339/20690>
34. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Akerman K, Larsson PA. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Q Health Care*. [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];25(2):182-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335056>
35. Freitas OS, Mendes KDS, Galvão CM. Surgical count process: evidence for patient safety. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];37(4):e66877. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400418&script=sci_arttext&tlng=en
36. Ranjan R, Nityasha N, Anubhav P, Arya K, Mishra N. Transvisceral migration of gossypiboma presenting as gastric outlet obstruction managed endoscopically. *Int Surg J*. [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];3(3):1663-5. Available from: <http://www.ijurgery.com/index.php/ij/article/view/348>
37. Silva SM, Sousa JB. Gossypiboma after abdominal surgery is a challenging clinical problem and a serious

- medicolegal issue. *Arq Bras Cir Dig.* [Internet]. 2013 [cited Jan 5, 2018];26(2):140-3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202013000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
38. Naeem M, Ahmad M, Samad A, Haq I. Gossypiboma: A medical negligence. *Pak J Surg.* [Internet]. 2017. [cited Feb 4, 2018];33(1):83-6. Available from: http://www.pjs.com.pk/journal_pdfs/jan_mar17/83.pdf
39. Ning CH, Lin CN, Chiu DTY, Chang YT, Wen CN, Peng SY, et al. Reduction in Hospital-Wide Clinical Laboratory Specimen Identification Errors following Process Interventions: A 10-Year Retrospective Observational Study. *PLoS ONE.* [Internet]. 2016 [cited Jan 5, 2018];11(8):e0160821. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494020>
40. Silva EFM, Calil ASG, Araújo CS, Ruiz PBO, Jericó MC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. *Arq Ciênc Saúde.* [Internet]. 2017 [cited Jan 5, 2018];24(3):71-8. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/731>

Recebido: 03.05.2018

Aceito: 08.10.2018

Autor correspondente:

Larissa de Siqueira Gutierrez

E-mail: larasiqueira@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1205-8918>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.