UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

Cuidado cirúrgico seguro em oftalmologia:
adaptação e operacionalização do checklist de segurança cirúrgica

Mestranda: Isabelle Caldas Amorim Ribeiro

Orientadora: Karinne Cristinne da Silva Cunha

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar

Rio de Janeiro
2017

ISABELLE CALDAS AMORIM RIBEIRO

Cuidado cirúrgico seguro em oftalmologia: adaptação e operacionalização do checklist de segurança cirúrgica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar

Orientadora: Prof.ª. Drª Karinne Cristinne da Silva Cunha

Rio de Janeiro
2017

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

R484

Ribeiro, Isabelle Caldas Amorim
Cuidado cirúrgico seguro em oftalmologia: Cuidado cirúrgico seguro em oftalmologia: Adaptação e operacionalização do checklist de segurança cirúrgica / Isabelle Caldas Amorim Ribeiro. -- Rio de Janeiro, 2017.
141 f

Orientadora: Karinne Cristinne da Silva Cunha.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2017.

1. Segurança do paciente. 2. Lista de verificação. 3. Procedimentos cirúrgicos oftalmológicos. 4. Cultura Organizacional. I. Cunha, Karinne Cristinne da Silva, orient. II. Título.

ISABELLE CALDAS AMORIM RIBEIRO

Cuidado cirúrgico seguro em oftalmologia:

adaptação e operacionalização do checklist de segurança cirúrgica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado na Universidade Federal do Rio de Janeiro, para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Aprovado em____ de _____de 2017.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dra. Karinne Cristinne da Silva Cunha
Presidente

_____

Prof.ª Dra. Mônica de Almeida Carreiro
1º Examinador

_____

Prof.ª Dra. Ana Cristina Silva Pinto
2º Examinador

_____

Prof.ª Dra. Danielle Galdino de Paula
1º Suplente

_____

Prof.ª Dra. Ana Karine Ramos Brum
2º Suplente

Rio de Janeiro
2017

AGRADECIMENTOS

Neste momento gostaria de agradecer a todos que direta ou indiretamente me apoiaram para que fosse possível concretizar tão rica conquista em minha vida. Meu muito obrigada!

Em especial, primeiramente, agradeço a Deus por me permitir viver essa grandiosa experiência e me fazer enxergar que seria possível alcançar o sonho de me tornar mestre. Ele, tudo pode e diante de sua imensa sabedoria me trouxe a fé e a superação necessária para acreditar que esse momento chegaria.

Aos meus pais amados, Kátia e José Amorim, meus eternos incentivadores, que muito me apoiaram nessa trajetória. Vocês são os meus exemplos de vida e sempre levarei comigo seus ensinamentos. Amo muito vocês e sei o quanto vibram com minhas conquistas e apoiam meus sonhos.

Aos meus irmãos, Giselle e Giovanni Amorim por todo o carinho, união e por torcerem sempre por meu sucesso. Vocês são muito especiais!

Ao amor de minha vida, Adriana Vaz Ribeiro, sem palavras para definir tamanha gratidão. Seu amor dedicado e revelado em cada detalhe foi o apoio, estímulo e a coragem que necessitava para a conquista deste título. Sua torcida em todos os momentos foi fundamental! Obrigada pela vibração e confiança depositada. Sem você não seria possível. Te amo!

À minha filha Gabrielle, que me trouxe o amor mais puro e me tornou a pessoa mais feliz do mundo, quero poder presenteá-la com essa conquista. Desejo ser seu orgulho e deixar plantado em seu coração que não importa o quanto seja grande e difícil o caminho para a conquista de um sonho, pois, se tiver fé, coragem e determinação terá os ingredientes necessários para que ele se concretize. Você, mesmo ainda tão pequenina, precisa saber que é a minha fortaleza.

À minha orientadora, Karinne Cristinne da S. Cunha, pelos ensinamentos, confiança e apoio durante toda a trajetória. Guardarei comigo por toda a vida o conhecimento adquirido. Suas valiosas orientações foram essenciais para meu crescimento profissional.

Aos integrantes da Banca de qualificação e defesa pelas valiosas sugestões que foram fundamentais para o aperfeiçoamento da pesquisa.

RESUMO

A segurança na assistência cirúrgica tem sido definida como prioridade emergente de intervenção em todo o mundo onde práticas de segurança têm sido amplamente discutidas com foco na prevenção de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos. Garantir a melhoria da segurança cirúrgica define o segundo desafio global lançado em 2007-2008 pela OMS. Neste contexto, o presente estudo reconhece a necessidade de melhor qualificar as ações do cuidado cirúrgico a pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas oftalmológicas. O**bjetivo geral**: adaptar o checklist de cirurgia segura para cirurgias oftalmológicas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa realizado no período de outubro de 2015 a agosto de 2016 em um hospital privado, especializado no atendimento oftalmológico. Participaram do estudo, a equipe cirúrgica do quadro efetivo da instituição e dados foram coletados sob assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos em cada etapa. O estudo foi dividido em quatro etapas; realizada uma avaliação referente ao clima de segurança (Etapa I) seguida da adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS sendo elaborado um esboço do *checklist* adaptado a oftalmologia. (Etapa II). Nesta mesma etapa, realizado um pré-teste do *checklist* por meio da simulação. Na etapa III, aplicado o *checklist* no ambiente cirúrgico. E por fim, finalizada a confecção do *checklist* de segurança cirúrgica oftalmológica e um plano de ação (etapa IV). **Resultados:** Na etapa I, as médias obtidas através dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* - Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Reconhecimento do estresse, Percepção da Gerência e Condições de trabalho demonstraram índice de concordância abaixo de 75 pontos em 81,5% dos questionários, conforme escala de Likert, revelando baixa adesão ao clima de segurança. Dados apontaram fragilidades em todas as dimensões avaliadas. Na etapa II, elaborado um esboço do *checklist* onde o pré-teste de sua aplicação indicou pontos de melhoria gerando necessidade de ajustes na ferramenta. Ainda, identificou necessidade de maior engajamento dos cirurgiões na adesão ao protocolo de segurança cirúrgica, reflexão acerca da rotina institucional de demarcação do sítio cirúrgico, incentivo a melhoria na comunicação e do trabalho em equipe e por fim, verificou a necessidade de envolvimento do paciente como uma estratégia de segurança. No ambiente operatório (etapa III), a aplicação do *checklist* demonstrou reconhecimento dos profissionais sobre sua importância, mas, evidenciou necessidade de a organização desenvolver estratégias para melhorar o envolvimento do corpo clínico médico na verificação conjunta dos itens essenciais do *checklist*; dificuldade na verificação da demarcação cirúrgica pelo cirurgião, na própria sinalização da lateralidade e no tempo de aplicação do *checklist*. O uso do *checklist* no cotidiano atual da instituição foi compreendido como uma ferramenta de cumprimento protocolar. A confecção do modelo final do *checklist* apresentou a necessidade de inclusão de alguns itens essenciais a oftalmologia e ainda, direcionou na construção do plano de ação. **Conclusões:** Melhorar o clima de segurança foi apontado no estudo como uma medida prioritária a adesão ao *checklist* onde a gestão da organização, assume papel determinante para o sucesso de sua operacionalização. Adaptar um *checklist* voltado para oftalmologia trouxe melhor compreensão e clareza ao fluxo e etapas dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos e entendimento que isoladamente, o *checklist* não confere assistência cirúrgica segura.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Lista de verificação; Procedimentos cirúrgicos oftalmológicos; Cultura Organizacional

ABSTRACT

Safety in surgical assistance has been set as a priority intervention throughout the emerging world where security practices have been widely discussed with focus on prevention of complications related to surgical procedures. Ensure the improvement of surgical safety sets the second global challenge launched in 2007-2008 by who. In this context, the present study recognizes the need to better qualify the actions of surgical care to patients undergoing ophthalmologic surgeries. **General objective**: to adapt the safe surgery checklist for ophthalmic surgeries. **Methodology**: This is a descriptive-exploratory study with quantitative approach carried out during the period from October to August 2015 2016 in a private hospital, specialized in ophthalmology. Participated in the study, the surgical team of effective framework and data was collected under prior signature of informed consent (TFCC) by subject at every stage. The study was divided into four stages; performed an assessment regarding the climate of security (phase I) followed by adaptation of the safe surgery checklist of who being prepared a draft checklist adapted to ophthalmology. (Step II). In this step, conducted a pre-test checklist by means of simulation. In stage III, applied the checklist in the surgical environment. And finally, terminated the production of ophthalmic surgical safety checklist and an action plan (stage IV). **Results:** In phase I, the averages obtained through the domains of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) climate of teamwork, safety Climate, job satisfaction, stress Recognition, perception of management and working conditions showed concordance index down 75 points at 81.5% of the questionnaires, as Likert scale, revealing low adhesion to the climate of security. Data pointed to weaknesses in all dimensions assessed. In stage II, prepared a draft checklist where the pretest your application indicated improvement generating points need adjustment on the tool. Still, identified need for greater involvement of surgeons in adherence to surgical security protocol, reflection about the demarcation of institutional routine surgical site, fostering improvement in communication and teamwork, and finally, there was the need for involvement of the patient as a security strategy. In the operating environment (step III), application of the checklist has shown the recognition of professionals about your importance, but, showed the need for the Organization to develop strategies for improving the involvement of clinical staff physician in joint checking essential items of the checklist; difficulty in verifying the surgical demarcation by the surgeon, on laterality signaling itself and at the time of application of the checklist. The use of the checklist in the current daily institution was understood as a tool of compliance protocol. The making of the final model of the checklist presented the need for inclusion of some essential items to ophthalmology and directed the construction of the plan of action. **Conclusions:** Improve the security climate was pointed to the study as a priority measure adherence to the checklist where the management of the Organization, assumes a decisive role for the success of your operation. Adapt a checklist geared toward Ophthalmology brought greater understanding and clarity to the flow and anesthetic-surgical procedures steps and understanding that in isolation, the checklist does not grant safe surgical assistance.

Keywords: patient safety; Checklist; Ophthalmologic surgical procedures, Organizational Culture.

RESUMEN

Seguridad en la asistencia quirúrgica se ha definido como una intervención prioritaria en todo el mundo emergente, donde las prácticas de seguridad han sido ampliamente discutidas con enfoque en la prevención de los procedimientos quirúrgicos relacionados con las complicaciones. Asegurar que la mejora de la seguridad quirúrgica establece el segundo desafío global lanzado en 2007-2008 de la OMS. En este contexto, el presente estudio reconoce la necesidad de calificar mejor las acciones de atención quirúrgica a pacientes sometidos a cirugías oftalmológicas. **Objetivo general:** adaptar la lista de verificación de cirugía segura para cirugías oftálmicas. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo llevado a cabo durante el período de octubre a agosto 2015 2016 en un hospital privado, especializado en Oftalmología. Participaron en el estudio, el equipo quirúrgico de marco efectivo y datos fue recogido bajo previa firma del consentimiento informado (Badia) por sujeto en cada etapa. El estudio se dividió en cuatro etapas; realizar una evaluación sobre el clima de seguridad (fase I) seguido por la adaptación de la lista de verificación de cirugía segura de que está preparando una lista de proyecto adaptada a la oftalmología. (Paso II). En este paso, realiza una lista de pre-test por medio de simulación. En etapa III, se aplica la lista de verificación en el ambiente quirúrgico. Y finalmente, terminó la producción de checklist de seguridad quirúrgico oftálmico y un plan de acción (etapa IV). **Resultados:** en fase I, los promedios obtenidos a través de los dominios del cuestionario de actitudes de seguridad (SAQ) - clima de trabajo en equipo, seguridad, clima, satisfacción laboral, estrés reconocimiento, percepción de la gestión y las condiciones de trabajo que mostró el índice de concordancia 75 puntos en el 81.5% de los cuestionarios, como la escala de Likert, que baja de la adherencia al clima de seguridad. Datos señalaron debilidades en todas las dimensiones evaluadas. En etapa II, preparó una lista de Proyectos donde se indica de la aplicación del pretest mejora generando puntos necesita un ajuste en la herramienta. Todavía, identificada la necesidad de una mayor implicación de los cirujanos en la adhesión al Protocolo de seguridad quirúrgica, reflexión sobre la demarcación del sitio quirúrgico rutina institucional, fomentando mejoras en comunicación y trabajo en equipo, y finalmente, había la necesidad de participación del paciente como una estrategia de seguridad. En el entorno operativo (paso III), aplicación de la lista de comprobación ha demostrado el reconocimiento de los profesionales acerca de su importancia, pero, demostró la necesidad de la organización a desarrollar estrategias para mejorar la participación de médico clínico en empalme de comprobación de elementos esenciales de la lista; dificultad para verificar la demarcación quirúrgica por el cirujano, en lateralidad señalando a sí mismo y en el momento de aplicación de la lista de verificación. El uso de la lista de verificación en la actual institución diaria era entendido como una herramienta del Protocolo de cumplimiento. La elaboración del modelo final de la lista de verificación había presentado la necesidad de inclusión de algunos elementos esenciales a la oftalmología y dirigido la construcción del plan de acción. **Conclusiones:** Mejorar la seguridad clima observó al estudio como un cumplimiento de medida de prioridad a la lista de verificación donde la gestión de la organización, asume un papel decisivo para el éxito de su operación. Adaptar una lista de comprobación dirigido a traído una mayor comprensión y claridad para el flujo y pasos de procedimientos anestésico-quirúrgicos de la oftalmología y entendiendo que en el aislamiento, la lista de verificación no concede asistencia quirúrgica segura.

Palabras clave: seguridad del paciente; Lista de verificación; Procedimientos Quirúrgicos Oftalmológicos; Cultura Organizacional.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Descrição dos dez objetivos essenciais propostos para Cirurgia Segura	28
QUADRO 02	Domínios, descrições e exemplos de itens do SAQ-Questionário de Atitudes de Segurança	34
QUADRO 03	Condições motivadoras do uso da simulação no ensino e na avaliação	35
QUADRO 04	Estatística mensal de procedimentos cirúrgicos realizados no período de janeiro a julho de 2016	41
QUADRO 05	Principais procedimentos cirúrgicos realizados na instituição	43
QUADRO 06	Número total de facectomias realizadas no período de janeiro a julho de 2016	44
QUADRO 07	Detalhamento e Etapas de coleta de dados	46
QUADRO 08	Avaliação do questionário considerando a classificação total do SAQ	56
QUADRO 09	Análise descritiva por questões do SAQ do domínio – Clima de Trabalho em Equipe; de profissionais dessaúde atuantes em Hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro	59
QUADRO 10	Análise descritiva por questões do SAQ do domínio – Clima de Segurança; de profissionais dessaúde atuantes em Hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro	61
QUADRO 11	Análise descritiva por questões do SAQ do domínio – Satisfação no Trabalho e Percepção do Estresse; de profissionais dessaúde atuantes em Hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro	62
QUADRO 12	Análise descritiva por questões do SAQ do domínio – Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital; de profissionais dessaúde atuantes em Hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro	64
QUADRO 13	Análise descritiva por questões do SAQ do domínio – Condições de Trabalho e itens não correlatos ao SAQ; de profissionais dessaúde atuantes em Hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro	65
QUADRO 14	Descrição das facilidades e dificuldades evidenciadas durante o pré-teste	77
QUADRO 15	Descrição das facilidades apresentadas na aplicação do checklist adaptado	86
QUADRO 16	Descrição das dificuldades apresentadas na aplicação do checklist adaptado	87

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição das variáveis: Sexo, Tempo de atuação na especialidade e cargo ou função dos participantes da pesquisa – Rio de Janeiro, Brasil, 2017.	55
TABELA 2	Análise descritiva do SAQ- Safety Attitudes Questionnaire	56

FIGURAS

FIGURA 1	Tipologia da Cultura de Segurança	31
FIGURA 2	Média de escores obtidos a partir da avaliação dos profissionais de saúde que atuam na instituição com base nas respostas do SAQ. Rio de Janeiro -RJ, Brasil. 2017.	58
FIGURA 3	Modelo preliminar de criação - Esboço do checklist de segurança cirúrgica especializado para cirurgias oftalmológicas	71
FIGURA 4	Etapas, fases e componentes de aplicação de uma atividade de simulação	73
FIGURA 5	Lista de Verificação de Segurança da Organização Mundial de Saúde	89
FIGURA 6	Modelo Preliminar do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica adaptado na etapa II da pesquisa	91
FIGURA 7	Modelo final de apresentação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica	92
FIGURA 8	Plano de Ação para implementação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABCCR	Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa
AHRQ	Agency for Healthcare Researt and Quality
CC	Centro Cirúrgico
CT/ CP	Concordo totalmente / Concordo Parcialmente
DT/DP	Discordo totalmente/ Discordo parcialmente
EAs	Eventos Adversos
EAM	Eventos associados a medicamentos
EBT	Ensino Baseado em Tarefas
EBP	Ensino Baseado em Problemas
IBGE	Instituto Brasileiro.... Estatística
IRAS	Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde
HBDF	Hospital Base do Distrito Federal
ISC	Infecções do Sítio Cirúrgico
JCAHO	Joint Commission on Acceditation of Healthcare Organization
MS	Ministério da Saúde
NA	Não se aplica
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RPA	Recuperação Pós- Anestésica
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SCIRAS	Serviço de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde
SO	Sala de Operação
SR	Sem resposta
TASS	Síndrome Tóxica do Segmento Anterior
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPP	Úlcera por pressão
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
1.1 Contextualização da temática, definição do problema e a demarcação do objeto 12
1.2 Questões Norteadoras 20
1.3 Objetivos 20
2 REVISÃO DE LITERATURA 21
2.1 Segurança do Paciente: Contexto Histórico 21
2.2 Estratégias para Segurança Cirúrgica 24
2.3 Clima e Cultura de Segurança nas Organizações 28
2.4 Instrumento de Avaliação do Clima de Segurança: SAQ 32
2.5 Simulação como Metodologia de ensino na aplicação do checklist de cirurgia segura 34
2.6 Envelhecimento populacional e senilidade ocular: A cirurgia oftalmológica e a mudança no modelo do cuidado sob a perspectiva da segurança do paciente 37
3 METODOLOGIA 41
3.1 Caracterização da pesquisa 41
3.2 Caracterização do cenário da pesquisa 41
3.3 Participantes da pesquisa 44
3.4 Questões éticas 46
3.5 Descrição e etapas da coleta de dados 46
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 54
4.1 Apresentação, Análise e Discussão dos resultados em cada etapa do estudo 54
4.2 Produtos finais da dissertação 106
CONSIDERAÇÕES FINAIS 112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 114
APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido – Etapa I 124
APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA II 125
APÊNDICE C: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA III 126
APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA IV 127
ANEXO A: Distribuição das respostas por itens do SAQ em um Hospital especializado em cirurgias oftalmológicas 129
ANEXO B - Comprovante de envio do projeto 132
ANEXO C - Parecer consubstanciado CEP 133
ANEXO D - Termo de anuência 137
ANEXO E - Termo de Compromisso com a Instituição 138
ANEXO F - SAQ - Questionário de atitudes de Segurança 139
ANEXO G - Autorização para utilização do SAQ 140
ANEXO H - Lista de verificação de segurança cirúrgica - OMS 141
ANEXO I - Produto 01 – Lista de verificação de segurança cirúrgica oftalmológica 142

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da temática, definição do problema e a demarcação do objeto

Políticas públicas e práticas de segurança do paciente vêm sendo amplamente discutidas em todo o mundo, onde as evidências apontam a ocorrência de danos evitáveis ocasionados aos pacientes frente aos riscos relacionados a assistência à saúde.

A publicação em 1999 do relatório *"Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro"* trouxe muita discussão a respeito de uma das dimensões da qualidade; a segurança do paciente e seu impacto na saúde pública mundial.

Dados americanos apresentados no relatório apontaram que em média, 44.000 a 98.000 pacientes morriam a cada ano nos Estados Unidos como resultado de erros médicos evitáveis. Ainda, os eventos adversos em cirurgia estavam representados entre metade e dois terços de todos os acontecimentos nos hospitais (MC CONNELL e colaboradores, 2012).

Os eventos adversos (EAs) cirúrgicos hoje ocupam um papel de extrema relevância no cenário da saúde frente a frequência com que ocorrem, o impacto trazido aos pacientes e ainda, a repercussão econômica nos gastos sociais e sanitários (MOURA e MENDES, 2012).

A Organização Mundial de Saúde conforme taxonomia ligada ao tema segurança do paciente define como evento adverso qualquer incidente (evento ou circunstância) relacionado ao cuidado de saúde que resulta em dano ao paciente (ANVISA, 2013).

Torna-se uma prioridade cada vez maior entre cirurgiões e hospitais a melhoria da segurança do paciente, dado que eventos sentinela podem ser catastróficos para pacientes, profissionais de saúde e instituições sendo observado iniciativas cada vez maiores das instituições na adoção de medidas de segurança com o objetivo de criar uma cultura de segurança no centro cirúrgico (MAKARY; SEXTON, e FREISCHLAG, 2006).

A OMS referencia que as complicações cirúrgicas se tornaram uma das principais causas de morte e invalidez em todo o mundo onde um volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões a partir de dados de 56 países revelando aproximadamente uma cirurgia anual para cada 25 seres humanos vivos; e dentro dessa estimativa, detectadas complicações cirúrgicas com implicações significativas para saúde pública. (WHO, 2009).

Colaborando com o assunto, Freitas et al., (2014) faz referência a um estudo realizado por Aranáz-Andrés et al. (2011) em 58 hospitais de países sul-americanos (Argentina, Colômbia, Peru, Costa Rica e México), onde estimaram que a prevalência de eventos adversos relacionados à segurança do paciente é de 10,5%, mais de 28% deles resultando em

incapacidades e 6%, em morte. Nesse estudo, quase 60% dos eventos foram considerados evitáveis.

Em outro estudo, Vries, et al.; (2011) cita que em oito estudos analisados incluindo um total de 74.485 prontuários de pacientes selecionados a mediana da incidência de eventos adversos em hospital foi de 9.2%, com uma porcentagem mediana de eventos evitáveis de 43.5%; onde mais da metade (56.3%) dos pacientes não experimentou nenhuma incapacidade ou apresentou incapacidade leve, e 7.4% dos eventos foram letais. Evidenciou ainda, que a maioria dos eventos estavam relacionados à cirurgia (39.6%) e eventos relacionados à medicação (15.1%).

No Brasil, um estudo de revisão de prontuário realizado por Moura e Mendes (2012) em pacientes admitidos no ano 2003 em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro evidenciaram cerca de 3,5% de EAs cirúrgicos e deste percentual, uma proporção de 68,3% de EAs cirúrgicos evitáveis. Ainda, apontaram cerca de 1 em 5 pacientes com EAs cirúrgicos tiveram incapacidade permanente ou morreram.

Os dados epidemiológicos mencionados confirmam a dimensão dos problemas enfrentados frente a segurança do paciente e mais focal no âmbito cirúrgico, onde a frequência elevada e a gravidade do dano associado, vem trazendo insegurança na realização de procedimentos cirúrgicos configurando-se um problema de saúde pública.

Em países industrializados, complicações importantes foram relatadas em 3-16% dos procedimentos cirúrgicos em pacientes internados, com taxas de incapacidade permanente ou morte em aproximadamente 0,4- 0,8% dos procedimentos e após realização de cirurgia extensa, taxa de mortalidade relatada em 0.5-5%. (OMS, 2009).

Muniz et al.; (2015) apud Treadwell; Lucas; Tsou (2014) referência que os eventos adversos em pacientes cirúrgicos constituem grande parte das doenças iatrogênicas; apontando as complicações cirúrgicas em países industrializados como a causa de maior representatividade de morbidade e mortalidade, com uma taxa de complicações estimada entre 3 a 17 %.

Freitas et al. (2014) apud Ferraz (2009) cita que nos hospitais, morre um paciente a cada trezentos admitidos, e a causa da morte de mais de 50% destes é relacionada a erros cirúrgicos evitáveis.

Estudo piloto realizado em três hospitais públicos de Lisboa demonstrou taxa de incidência de eventos adverso em 11,1% e desses, 53,2% considerável evitáveis, a maioria (60,3%) não causaram danos ou resultaram em dano mínimo (SOUZA et al., 2011).

Reconhecidamente, as complicações cirúrgicas representam uma preocupação significativa na saúde pública mundial. Em contrapartida, entende-se o quão difícil torna-se a uniformidade de ações na garantia pela melhoria da segurança cirúrgica que perpassa outros grandes desafios como; o acesso igualitário à assistência cirúrgica básica, a confiabilidade nas intervenções cirúrgicas, a garantia das práticas de segurança cirúrgica e a complexidade dos procedimentos.

Considera-se a cirurgia como um dos serviços mais complexos e mais caros prestados pelos sistemas de saúde onde nos países em desenvolvimento o mau estado da infraestrutura e dos equipamentos; os problemas quanto ao suprimento e à qualidade de medicamentos e de material médico cirúrgico; as falhas na gestão da organização e no controle de infecção; o desempenho insatisfatório dos profissionais devido à baixa motivação ou à deficiência na capacitação técnica; as falhas no correto diagnóstico pré-operatório; as deficiências na consulta pré-anestésica, dentre outros aspectos, tornam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos muito maiores do que em países desenvolvidos (MOURA E MENDES, 2012)

A complexidade dos procedimentos nos remete ao entendimento que mesmo os procedimentos considerados mais simples envolvem uma gama etapas críticas como: a identificação correta do paciente e do local; o fornecimento de esterilização eficiente do produto para saúde; o seguimento das múltiplas etapas envolvidas na administração segura de anestésicos e a realização da operação. A possibilidade de ocorrência de falhas nestas etapas pode trazer danos ao paciente (OMS, 2009).

Lourenção e Tronchin (2016) destacam que o ambiente cirúrgico se configura um cenário onde as atividades desenvolvidas são complexas, interdisciplinares e com forte dependência da atuação individual sendo considerado um ambiente de alto risco a ocorrência de eventos adversos.

O Centro Cirúrgico por sua especificidade e complexidade merece olhar diferenciado nos processos que cercam o paciente, onde a diversidade de profissionais que neste atuam e a integração de várias unidades tornam a dinâmica das atividades complexas. (LIMA; et al., 2013).

Em meio a todo esse cenário e ao papel da cirurgia que cresce expressivamente pode-se perceber o aumento concomitante da longevidade mundial; onde estimativas sugerem que 11% da carga global de doenças pode ser tratada com cirurgias e dentre estas, 5% correspondem as cirurgias de catarata (TOSTES et al., 2016).

Com o advento do envelhecimento populacional os centros cirúrgicos oftalmológicos ganharam destaque na realização de cirurgias de catarata se configurando um dos procedimentos de maior prevalência.

Neste contexto, a vivência prática em um centro cirúrgico oftalmológico, atuando como enfermeira do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) aponta para a necessidade de refletir sob vários aspectos correlatos a assistência cirúrgica segura.

A diversidade de procedimentos realizados na área de oftalmologia e suas especificidades traz a percepção de que o atendimento "*Day Clinic*" (Hospital-Dia) e o "curto" período perioperatório, da grande maioria dos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos possa não espelhar a complexidade dos mesmos e a possibilidade dos riscos a eles associados.

O expressivo número de procedimentos realizados, diariamente, versus o curto período transoperatório e as diversas ações que envolvem o procedimento cirúrgico desde o preparo do paciente até o seu encaminhamento ao domicílio no pós-operatório chamam a atenção para os aspectos relacionados à segurança cirúrgica.

A identificação do paciente realizada através de pulseira aplicada no punho esquerdo na admissão se caracterizava como um simples protocolo operacional não sendo observado a participação do paciente e sua checagem pelos profissionais dentro da sala operatória apresentava-se encoberta pelos campos cirúrgicos; demonstrando fragilidade no processo de identificação do paciente.

A marcação do local cirúrgico, a lateralidade, e da confirmação do procedimento, não se configurava um processo ativo incluindo todos os membros da equipe envolvida; sendo efetuada de forma segmentada. A demarcação do local cirúrgico era feita pelo técnico de enfermagem na admissão conforme registro do mapa cirúrgico e juntamente, com a descrição de solicitação médica para o procedimento. Ainda, a mesma, não correspondia somente ao local cirúrgico a ser operado, mas também, ao tipo de anestesia a ser realizada sendo representada através de uma simbologia própria.

O uso de equipamentos e outras tecnologias exclusivas a especialidade como por exemplo, os diversos facoemulsificadores existentes no mercado, chamava a atenção para a necessidade de olhar para o gerenciamento de tecnologias como algo que merece atenção para garantia de uma assistência cirúrgica segura de forma a evitar que se configurem risco adicional a prestação do cuidado.

Segundo Oliveira e colaboradores (2014) a complexidade dos serviços de saúde e a incorporação de tecnologias elaboradas tem sido atribuída a riscos adicionais na prestação do cuidado, mas, consideram que estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, por meio do seguimento de protocolos específicos, associadas às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente.

Os avanços científicos e tecnológicos apresentam crescentes aumentos a cada ano, gerando um número maior de procedimentos cirúrgicos, impactando assim indiretamente na ocorrência de eventos adversos; fator esse de extrema relevância ser discutido de forma que medidas possam ser revistas na prevenção de danos e riscos à saúde do paciente (SILVA; 2015).

Em se tratando dos avanços na medicina da oftalmologia percebe-se uma crescente procura para realização de cirurgia refrativas onde há expectativa de abolir o uso dos óculos e lentes sendo empregada uma técnica cirúrgica que possibilita em média uma recuperação pós-operatória estimada de 24 horas.

A utilização de microscópios cirúrgicos também contribuiu substancialmente para a qualidade global do procedimento cirúrgico (BARRY et al. 2013).

A medicina, especialmente a oftalmologia, tem sido uma das grandes beneficiárias no uso do *Laser* como nova tecnologia onde foi empregado em 1968 na primeira fotocoagulação da retina utilizando o laser argônio; sendo esta aplicação até os dias atuais considerada a que mais beneficiou a humanidade evitando a cegueira em portadores de diabetes (FREITAS, 2001).

Outro aspecto relevante que também trouxeram reflexões, as complicações cirúrgicas infecciosas, que apesar de sua baixa incidência, conforme dados da SCIRAS da instituição; apontavam para a análise dos diversos fatores contribuintes, possivelmente, correlacionados ao evento infecção como: a antissepsia cirúrgica das mãos entre um procedimento e outro, o tempo de preparo da pele e aplicação do antisséptico, a técnica empregada para antissepsia da pele; a garantia da esterilização dos artigos médico-hospitalares, o uso das linhas de irrigação; o preparo da mesa operatória dentre outros aspectos.

Importante reconhecer que poucos trabalhos trazem o estudo de incidência e prevalência das complicações cirúrgicas (infecciosas e não infecciosas) na área de oftalmologia, trazendo inquietação no que tange o reconhecimento dos eventos adversos pós-cirúrgicos de maneira a intervir de forma preventiva no delineamento de ações destinadas a segurança do paciente nos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos.

A comparação de incidências é dificultada, principalmente de complicações de diferentes instituições, por não haver definições e populações de pacientes uniformes onde há a necessidade de padronizar sistemas de classificação de complicações cirúrgicas de forma a permitir a comparação dos resultados entre diferentes instituições (MENDES & MOURA, 2012).

Um estudo recente realizado por Mendes & Moura (2012) na avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro encontrou no universo pesquisado que a cirurgia de facectomia (remoção da catarata) representou um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes correspondendo a 2,9% (19/643) da totalidade de procedimentos cirúrgicos e evidenciou um caso (1/19) de evento adverso relacionado a facectomia (5,3%).

A Síndrome Tóxica do Segmento Anterior (TASS), caracterizada por inflamação intraocular seguida de edema generalizado da córnea, dano ao endotélio corneano, redução da acuidade visual e pupila dilatada também se configuram como um evento adverso preocupante em razão de sua gravidade e característica multicausal; porém, questões relacionadas ao diagnóstico não realizado e à subnotificação trazem limitação dos métodos de investigação e, por conseguinte, a baixa frequência de trabalhos publicados envolvendo o tema (LUZ et al. 2015).

A incidência de TASS reportada em cinco artigos selecionados no estudo de LUZ e colaboradores (2015) é de relatos de casos onde se identifica a incidência de TASS, em média, de 0,98%, variando de 0,07 a 2,13%.

Outro evento adverso cirúrgico, a endoftalmite pós-cirurgia de catarata, se configura uma preocupação por sua severidade e curso clínico onde a infecção bacteriana resulta de contaminação da ferida e câmara interna no ambiente perioperatório.

A incidência de Endoftalmite após cirurgia de catarata no início do século XX foi bastante elevada, aproximadamente 10%. Uma análise de endoftalmite pós-operatória a partir do banco de dados do Medicare dos EUA entre o ano 2003-4, mostrou que as taxas de endoftalmite podem variar substancialmente entre Estados-Membros e com frequência de cirurgias por cirurgião (BARRY et al. 2013).

> "As Infecções e outras morbidades pós-operatórias também são uma séria preocupação por todo mundo. No mínimo sete milhões de pacientes cirúrgicos são prejudicados por complicações cirúrgicas a cada ano, incluindo pelo menos um milhão de pacientes que morrem durante ou imediatamente após um procedimento (OMS, 2009)."

A dinâmica estabelecida no processo perioperatório dos procedimentos oftalmológicos chama a atenção por envolver uma sequência de eventos específicos desde a avaliação pré-

operatória, a intervenção cirúrgica até a preparação para os cuidados pós-operatórios apropriados.

Ao longo de minha trajetória profissional no acompanhamento de cirurgias oftalmológicas, pude perceber a necessidade de refinamento e aperfeiçoamento no processo trabalho desenvolvido pela equipe médica e de enfermagem visto a necessidade de reconhecimento dos aspectos relevantes no controle de eventos de risco presentes desde a admissão do paciente no ambiente operatório até a sua alta institucional.

> "A estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospitais envolve uma rotina na sequência de eventos- avaliação pré-operatória dos pacientes, a intervenção cirúrgica e a preparação para os cuidados pós-operatórios apropriados – cada qual com riscos específicos que podem ser atenuados (OMS, 2009)."

E reconhecendo a necessidade de melhor qualificar as ações do cuidado cirúrgico a pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas oftalmológicas surgiu o interesse e aprofundamento pela temática desta pesquisa e ainda, por identificar a necessidade de sistematizar o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de profissionais no ambiente operatório oftalmológico, a luz das recomendações da OMS em atenção à segurança cirúrgica. Razões estas, que descrevem a relevância imensurável pelo estudo em questão.

Com base em algumas particularidades inerentes aos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos foi considerada a possibilidade de constituir um instrumento focado na segurança cirúrgica que pudesse ter aplicabilidade ao cenário cirúrgico oftalmológico, de forma a atender aos vários tipos de procedimentos, a necessidade dos pacientes e ao panorama da atual da regulamentação nacional para segurança do paciente com foco na adoção de boas práticas.

> "As cirurgias oftalmológicas, sobretudo para extração da catarata, têm sido alvo de preocupação relacionada ao processamento de instrumentais cirúrgicos, em face dos vários relatos de danos causados ao paciente, decorrentes de falhas na lavagem e na esterilização de instrumentais (SOBECC, 2013, p. 105)."

Referências na literatura apontam que a implementação da "Lista de Verificação da Cirurgia Segura" corrobora na redução dos índices de complicações e consequentemente, salvam vidas. (Protocolo para cirurgia segura; MS/ANVISA/Fiocruz; 2013).

Muniz et al., (2015) apud Vries et al., (2010) em estudo realizado em hospitais holandeses, considerados com alto padrão de cuidado, também foi evidenciada diminuição substancial nas complicações e na mortalidade de pacientes cirúrgicos após a implementação

de lista de verificação mostrando uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%.

Portanto, o objeto deste estudo é a **Adaptação do *checklist* de cirurgia segura em um hospital cirúrgico oftalmológico.**

A partir das reflexões relativas às diretrizes de melhoria da segurança do paciente cirúrgico espera-se constituir uma lista de verificação a luz do "*checklist de cirurgia segura*" proposto pela OMS que possa ser adaptável e aplicável aos serviços de oftalmologia bem como introduzir a cultura de segurança de forma sólida no cenário cirúrgico oftalmológico e no processo do cuidar de modo transformador.

A redução dos eventos adversos ou sentinelas à apropriação da lista de verificação específica pelas equipes que atendem a especialidade, a conscientização da equipe quanto à importância da aplicação da lista de verificação na prevenção de erros que possam causar dano ao paciente se configura uma excelente ferramenta para garantia da melhoria permanente da qualidade assistencial (MUNIZ et al. 2015).

Diante do exposto, acredita-se que este estudo se justifique pela necessidade de adaptar um instrumento focado na verificação de ações relacionadas ao cuidado seguro do paciente submetido a procedimento cirúrgico oftalmológico e que proporcione uma forma de aprendizado aos profissionais de saúde que atuam nesta especialidade; encontrando a partir da lista de verificação padronizada e específica algumas estratégias para a minimização de riscos.

Os dados obtidos neste estudo trazem uma contribuição aos profissionais de saúde envolvidos no processo do cuidar no espaço hospitalar em diversas áreas do conhecimento - na área assistencial; na formação dos profissionais de saúde que atuam na área de oftalmologia com vista a utilização do produto final desta pesquisa na prática profissional garantindo maior segurança no perioperatório de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos oftalmológicos; no ensino; com vistas a formação e aprimoramento de profissionais na prática focada no cenário da oftalmologia onde possam reconhecer particularidades do cuidado relativos a especialidade e na pesquisa, incentivando o desenvolvimento de novos estudos relacionados a temática, fomentando a criação de novos checklist de segurança cirúrgica e servindo sobretudo como instrumento de fortalecimento a inclusão do Programa de Cirurgia Segura nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS).

1.2 Questões Norteadoras

Mediante o problema apontado, surgiram as seguintes questões norteadoras do presente estudo:

- Existe clima de segurança estabelecido na instituição?

- Que aspectos deverão ser considerados na adaptação do *checklist* de cirurgia segura da OMS no contexto cirúrgico oftalmológico durante o período perioperatório?

1.3 Objetivos

GERAL: Adaptar o *checklist* de "cirurgia segura" da OMS, para as cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado.

ESPECÍFICOS:

1. Realizar diagnóstico situacional do clima de segurança na instituição cenário da pesquisa.
2. Elaborar um plano de ação para implementação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Segurança do Paciente: Contexto Histórico

Reconhecer a trajetória histórica dos principais acontecimentos e modificações inerentes a segurança do paciente até os dias atuais se faz bastante relevante na compreensão da temática em questão.

Segundo Wachter (2010) há mais de dois mil anos, nos deparamos com registros deixados por Hipócrates, pai da medicina e consagrado cientista a frente de sua época, e podemos perceber que em sua frase *"Primum non nocere"* ou "primeiro não causar danos" é possível avaliar que mesmo ainda num contexto assistencial elementar, Hipócrates nos fazia refletir a respeito da possibilidade de que atos assistenciais inseguros são passíveis de equívocos e que a segurança do paciente precisa ser compreendida como uma prioridade.

Lima et al. (2013) referência que na última década a segurança do paciente tornou-se destaque nas discussões de cuidado ao paciente e nos processos que o envolve onde estudos vêm buscando melhores práticas para assegurar a segurança e instituições de saúde a melhoria em seus processos através dos órgãos de acreditação.

A percepção de Florence Nightingale (1855) com bases nos dados de mortalidade das tropas britânicas já constatava que os resultados do cuidado na condição de saúde do paciente estão associados ao processo e propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais (ANVISA, 2013).

Nightingale constatou que existiam falhas nas condutas profissionais as quais eram um sério problema e alerta para a realidade, e classificou como primordial a segurança dos doentes devido às consequências observadas. (BUENO E FASSARELLA; 2012 apud GEORGE, 2000).

Em 1863, Florence Nightingale já faz uma inferência em seu livro Notes on Hospitals onde diz: "Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes" (WACHTER, 2010).

Na década de 1990, o psicólogo britânico James Reason publica o livro: "Errar é Humano"[1] (*To err is human)* onde trazia uma reflexão sobre a segurança do paciente apontando a gravidade dos problemas de segurança envolvidos nos cuidados de saúde destacando a importância do sistema na prevenção da ocorrência de erros nas organizações de saúde e contextualiza sobre o entendimento equivocado quando se considera o erro humano

[1] Tradução própria.

dentro de uma abordagem individualizada; apresentando o erro como uma falha do sistema, como uma sequência alinhada de erros de processos.

Nesse contexto histórico, o ano de 1995 foi considerado um marco em decorrência da divulgação na mídia de vários casos de erros no cuidado de saúde, incentivando o desenvolvimento de estudos, a realização de conferência sobre o assunto, a criação de organizações voltadas para tratar do tema da segurança e incentivando instituição a definirem estratégias para reduzir erros.

Wachter (2010) cita que a publicação em 1999 estimou que entre 44.000 e 98.000 americanos morriam por ano devido a erros na assistência à saúde; esse dado gerou uma tremenda atenção na mídia e na população sendo criado um palco para esforços sem precedentes, no sentido de melhorar a segurança do paciente.

Este documento ajudou a catalisar um impulso para a melhoria da segurança nos serviços de saúde e levou a mudanças importantes na cultura, regulamentação, capacitação e tecnologia.

As evidências do impacto dos erros e dos eventos adversos nos sistemas de saúde fizeram com que a temática segurança do paciente ganhasse notoriedade em todo o mundo trazendo a necessidade de monitoramento e avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde de forma a permitir identificar e gerenciar a segurança do paciente. (LOURENÇÃO e TRONCHIN, 2016).

A partir deste marco histórico, o tema ganhou notoriedade onde governos e organizações internacionais se mobilizaram. Surgiram institutos e programas voltados para qualidade em saúde e segurança do paciente, como o *National Quality Forum* e a *National Patient Safety Foundation*, culminando inclusive na iniciativa da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), principal empresa de acreditação de qualidade e segurança hospitalar do mundo, a incluir programas de gestão de riscos com foco na melhoria da segurança do paciente.

Segundo, Grigoleto e colaboradores (2011) a JCAHO exigiu desde julho de 2004 que das organizações acreditadas empenho no emprego do Protocolo Universal que, constitui-se de um instrumento de prevenção de acidentes.

Reis (2013) cita que a segurança do paciente se configura um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo mundo onde as consequências decorrentes de eventos adversos podem ser graves ou fatais e ainda, trazerem custos elevados as vítimas e aos sistemas de saúde.

No Brasil, pesquisas nesta área surgiram no início da década de 2000, tendo sido influenciado pelo panorama mundial onde a temática vinha sendo amplamente discutida (BUENO E FASSARELLA, 2012).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA):

> "A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade na agenda da OMS, refletindo na agenda política dos Estados Membros, desde 2000 (ANVISA, 2011)."

E diante da magnitude do problema, em 2004 a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da "Aliança Mundial de Segurança para o Paciente" para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente tendo como elemento essencial a formulação de "Desafios Globais para segurança do paciente".

Os Desafios Globais para a Segurança do Paciente orientam na identificação de ações direcionadas a evitar riscos aos pacientes e ainda, direcionam os países a implantá-los; priorizando duas grandes ações para reduzir riscos e mitigar os eventos adversos, elegendo como primeiro desafio- Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura (2005) com o propósito de a higienização das mãos como método efetivo e sensível a prevenção infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) seguida, pelo segundo desafio – Cirurgias Seguras Salvam Vidas (2007-2008) com o objetivo de diminuir a mortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas.

Essa última estratégia, se constituiu em definir normas de segurança dirigidas a prevenção das infecções pós- cirúrgicas, a segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes cirúrgicas e a mensuração de indicadores cirúrgicos (ANVISA, 2013).

> "O objetivo da Aliança é favorecer as normas e práticas de segurança do paciente. Ela está concentrando suas ações em campanhas de segurança enfocadas chamadas de "Desafio Global para Segurança do Paciente", coordenando "Pacientes para Segurança do Paciente", desenvolvendo uma taxonomia padronizada, projetando ferramentas para normas e avaliações de pesquisas, identificando soluções para a segurança do paciente e desenvolvendo iniciativas de relatos de aprendizagem dirigidas à produção das orientações "de boas práticas" (OMS, 2009)."

O panorama atual aponta que muitas iniciativas têm sido desenvolvidas no Brasil e alicerçadas pelas regulamentações nacionais para segurança do paciente com foco na adoção de boas práticas além das publicações de alertas, informes, relatórios, notas técnicas, boletins e manuais.

Corona e Peniche (2015) referenciam que no Brasil os órgãos de controle de infusões de hemocomponentes e prevenção de infecções hospitalares, assim como os serviços de

anestesia se destacaram como pioneiros em medidas e práticas seguras e citam que ações específicas voltadas ao campo da segurança do paciente no país destacando as iniciativas promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) como a criação da Rede Sentinela, em 2002, e do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigi pós), pela Portaria 1.660/2009.

> "No Brasil, em 2009, o Ministério da saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana da saúde (OPAS), ligada à OMS, publicou, em português, o Manual de Implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente: Cirurgias Seguras salvam Vidas (SOBECC, 2013)."

A Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica em novembro de 2011 a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº63 onde dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para Serviços de Saúde e este documento faz referência sobre a obrigatoriedade que os serviços de saúde estabeleçam ações voltadas a segurança que envolvam mecanismos de identificação do paciente, orientações para higienização das mãos, prevenção de eventos adversos, a segurança cirúrgica, administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, dentre outros itens.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança para o Paciente (PNSP) no Brasil por meio da Portaria GM/ MS nº529 de primeiro de abril de 2013, demonstrando comprometimento governamental e contribuindo para qualificação do cuidado em saúde em todo território nacional. O intuito era facilitar a implantação, a implementação e a sustentação das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde e contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos assistenciais de saúde.

Outras legislações voltadas à segurança do paciente também reforçaram e alicerçaram o movimento no Brasil. Em julho de 2013, lançada a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº36 com o objetivo de constituir os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a Portaria nº1.377 que aprova os protocolos de segurança.

As regulamentações nacionais reforçaram a prevenção, controle e mitigação de eventos adversos nos serviços de saúde.

2.2 Estratégias para Segurança Cirúrgica

No moderno campo da segurança do paciente as complicações oriundas do cuidado cirúrgico demonstraram uma importante causa de morte e invalidez no mundo onde evidencias apontam que mais da metade dos eventos são reconhecidamente preveníveis.

A frequência elevada e gravidade do dano associado, a insegurança em cirurgia emerge como um problema de saúde pública, apesar do pouco reconhecimento da sua extensão (FREITAS et.al., 2014).

> "Embora as taxas de mortalidade e complicações após cirurgias sejam difíceis de comparar já que a variabilidade de casos ("*case mix*") é bastante diversificada, em países industrializados a taxa de complicações importantes foi documentada com ocorrência de 3-16% em procedimentos cirúrgicos em pacientes internados e a taxa de mortalidade em 0,4%-0,8% (OMS, 2009)."

Partindo desta evidencia, a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente lança o segundo desafio global em 2007-2008; "Cirurgias seguras Salvam Vidas" com a proposta central de melhorar a segurança da assistência cirúrgica no mundo com base em padrões de segurança aplicáveis a todos os países e cenários.

Este desafio foi implementado para reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da OMS (PANCIERE et.al., 2013 apud OMS, 2009).

O segundo desafio global dirigiu-se aos fundamentos e as práticas de segurança cirúrgica com foco na prevenção das infecções do sítio cirúrgico, anestesia segura, times cirúrgicos e o uso de indicadores da assistência cirúrgica (DIEGO et.al., 2016).

Entende-se que as estratégias de melhoria para a segurança do paciente cirúrgico permeiam a consolidação de um sistema mais seguro que se baseie nos princípios da simplificação, padronização, o uso de repetições, a melhoria do trabalho em equipe, a comunicação e o aprendizado com os erros passados. Wachter (2010) cita que erros em comportamentos de rotina (lapsos) podem ser mais bem prevenidos pela criação de redundâncias e checagem cruzadas, na forma de *checklist.*

> "Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da Lista de Verificação (ANVISA, 2013)."

O uso de uma lista de verificação sugerida no *Manual para Cirurgia Segura da OMS* reforça práticas estabelecidas e assegura que etapas pré-operatórias, transoperatórias e pós-operatórias sejam cumpridas. Visa reforçar a segurança operatória com práticas corretas e a promover uma melhor comunicação entre a equipe técnica.

Compreendida como uma ferramenta estruturada de comunicação, inspirada na aviação, que fragmenta tarefas complexa em etapas mais estanques, de forma a minimizar o esquecimento de algum item fundamental para a qualidade e segurança do cuidado cirúrgico

onde a conferencia de itens arrolados a uma lista de checagem permite agilidade ao processo e impõe barreiras a eventuais falhas. (DIEGO et.al., 2016).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica intenciona ser uma ferramenta pratica e de fácil utilização por profissionais de saúde interessados na melhoria da segurança cirúrgica e redução de óbitos e complicações cirúrgicas evitáveis não devendo ser entendido como instrumento regulatório ou um componente de política pública (ANVISA, 2013).

Contribuição inegável das recomendações internacionais e nacionais vigentes para a segurança do paciente relacionado ao uso da lista de verificação conforme cita Tostes et.al (2016) apud Haynes e colaboradores (2009) e referencia que estudos comprovam o efeito benéfico desta ferramenta na prática clínica como; no estudo pioneiro para avaliar o efeito do uso da lista de verificação de segurança cirúrgica na redução da morbimortalidade cirúrgica dos pacientes realizado em oito hospitais com diferentes características socioeconômicas, em regiões determinadas pela OMS, onde evidenciou-se redução significativa na taxa de mortalidade (de 1,5% para 0,8%) e nas complicações de 11,0% para 7,0%.

Toste et al. (2016) apud Wachter (2013) e cita que a lista de verificação é um método para garantir adesão a processos fundamentais do cuidado cirúrgico e pode auxiliar a prestar um cuidado mais seguro e confiável; onde a adoção da lista de verificação em processos complexos e suscetíveis a erros representa um dos maiores avanços na área de segurança do paciente.

Um estudo realizado por Muniz et al. (2015) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com vistas a implantação de uma lista de verificação geral de segurança cirúrgica em diversas especialidades cirúrgicas evidenciou a necessidade de que a mesma fosse implantada nos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos após a verificação de um evento sentinela com lateralidade em um procedimento oftalmológico. Neste estudo, durante doze meses, a equipe cirúrgica envolvida no evento sentinela foi acompanhada sobre ocorrência de novos incidentes, número de procedimentos realizados, presença de marcação de lateralidade, presença de instrumentador e circulante em sala e aplicação da lista de verificação sendo relatados mais cinco incidentes: três envolvendo lateralidade de bloqueio e dois de identificação.

Em São Paulo, um outro estudo, citado por Duarte et al. (2015) identificou os fatores de risco que podem levar a ocorrência de eventos adversos em pacientes cirúrgicos, de acordo com a equipe de enfermagem, sendo: não conferência da identificação do paciente com o aviso cirúrgico e quadro cirúrgico (80,6%), não conferência dos materiais e equipamentos utilizados nos procedimentos (80,7%), represálias da equipe médica ao alertar possíveis

problemas (71%), e omissão da equipe de enfermagem em virtude da falta de autonomia do líder (71%).

Apesar do "*Checklist*" elaborado pela OMS ter sido construído com base em evidências científicas, bem como opiniões de especialistas quanto à sua eficácia em reduzir a probabilidade de eventos adversos, a adequação do instrumento à realidade vivenciada é uma necessidade estimulada pela Organização.

A OMS orienta e indica mudanças na estrutura do checklist de acordo com a realidade de cada instituição conforme cita Panciere e colaboradores (2013) é ainda reconhecido como um instrumento de melhoria da comunicação entre os profissionais da sala cirúrgica.

No entanto, deve prevalecer a sensatez e coerência da equipe operatória, a qual deverá integrar passos essenciais dessa estratégia à segurança do paciente e considerar os três princípios básicos da lista de verificação: a simplicidade, sua ampla aplicabilidade e a possibilidade de mensuração.

> "Segundo PANCIERI et.al. (2013) e FERRAZ (2009) cuidados simples como a checagem dos dados e identificação correta do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os artigos médico-hospitalares e equipamentos podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um procedimento."

A proposta do *checklist* de segurança cirúrgica no cenário oftalmológico foca na introdução de elementos-chave de segurança na rotina diária operatória criando possibilidades para maximizar melhores resultados aos pacientes cirúrgicos e prevenir danos.

Os objetivos essenciais para uma assistência cirúrgica segura envolvem dez condutas de verificação: o paciente certo e em local cirúrgico certo, a utilização de métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, o reconhecimento e preparação para perda de vias aéreas ou de função respiratória que ameace a vida, a prevenção de riscos associados a reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente reconhecida pelo paciente, a minimização do risco de infecção relacionada ao sítio cirúrgico, a retenção inadvertida de compressas e instrumentais nas feridas cirúrgicas, identificação precisa de espécimes cirúrgicos, a viabilização da comunicação efetiva entre os membros da equipe e adoção de métodos de vigilância de rotina das instituição com vista a demanda operatória (OMS, 2009).

Quadro 01: Descrição dos dez objetivos essenciais propostos para Cirurgia Segura OMS (2009)

Objetivo 01	A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo.
Objetivo 02	A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
Objetivo 03	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameace a vida
Objetivo 04	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas
Objetivo 05	A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgicas sabidamente de risco ao paciente.
Objetivo 06	A equipe utilizará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
Objetivo 07	A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas
Objetivo 08	A equipe obterá com segurança todos os fragmentos e peças cirúrgicas coletadas e precisamente identificadas
Objetivo 09	A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para condução segura da operação
Objetivo 10	Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos obtidos.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.

A aplicação das três etapas da lista de verificação visa assegurar que as equipes sigam de forma consistente os tempos críticos de segurança minimizando os riscos evitáveis mais comuns.

2.3 Clima e Cultura de Segurança nas Organizações

A preocupação com a qualidade nos serviços de saúde atrelada a necessidade prioritária de segurança do paciente nos faz reconhecer que medidas de fortalecimento por uma cultura de segurança a nível organizacional devam ser estabelecidas como fator preponderante no processo de melhoria a segurança do paciente.

A promoção à cultura de segurança por meio da sensibilização de profissionais de saúde esteve elencada como um dos dez componentes essenciais a prevenção de riscos provenientes a saúde pelo Comitê Europeu de Saúde em 2004. (CAUDURO, 2013).

O termo "Cultura de Segurança" foi citado pela primeira vez na década de 1980, quando publicado em 1986 o relatório técnico do acidente nuclear de *Chernobyl* que retratava um evento desenhado por atitudes inseguras e regras de segurança quebradas ocasionando o maior acidente nuclear; sendo a este episódio atribuído uma falha na cultura de segurança da organização (CARVALHO, 2011)

Compreende-se a cultura organizacional como um dos pilares da cultura de segurança sendo definida como um conjunto de crenças, valores, normas e expectativas que mantém os membros de uma organização unidos (CAUDURO, 2013 apud CROW; HARTMAN, 2002).

O Conceito de cultura organizacional define a abordagem de cultura e clima de segurança na área da saúde e sua mensuração permite o reconhecimento de uma instituição assim como, influencia os comportamentos, motivações produtividade e satisfação profissional. (CARVALHO, 2011).

Adaptado ao contexto da saúde, para melhor compreensão da definição de cultura de segurança, a Agencia para Pesquisa e Qualidade do Cuidado a Saúde[2] - *Agency for Healthcare Researt and Quality* (AHRQ) a define como sendo "o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e de padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança" (SAMMER et al., 2010).

E partindo desta definição pode-se perceber que a promoção a cultura de segurança se traduz como algo bastante complexo que claramente não é compreendido pelos gestores das instituições, tornando sua operacionalização bastante difícil. Porém, a necessidade de compreender crenças, atitudes e comportamentos dos sujeitos inseridos em uma organização torna-se imperativo no desenvolvimento de programas de segurança dentro das instituições.

Vale ressaltar que os termos "cultura de segurança" e "clima de segurança" se apresentam como sinônimos na literatura onde a principal característica que os difere é que o segundo se caracteriza como a medida temporal do primeiro podendo ser avaliado por meio da percepção dos profissionais quanto à cultura de segurança de uma instituição, ou seja, compreendido como a medida mensurável da cultura de segurança. (CARVALHO, 2011).

---

[2] Tradução própria.

Lourenção e Trouchin (2016) referenciam que a cultura de segurança representa os valores e ações da organização relacionadas com a segurança e vem sendo avaliada por meio de questionários psicométricos que mensuram o clima de segurança das atitudes e da percepção dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente nas organizações hospitalares; e neste contexto, o clima de segurança concentra-se em percepções dos profissionais sobre a gestão da segurança na instituição.

Os termos, clima e cultura de segurança, são utilizados para descrever como os membros da organização compreendem a segurança em geral do seu ambiente de trabalho. Em concordância entre os pesquisadores o conceito de clima de segurança pode ser válido para a investigação e aplicação, porém, muitas vezes sua definição pode ser confundida na literatura com a definição de cultura de segurança. Esta, considerada como um fenômeno mais complexo e duradouro refletindo em um conjunto de valores fundamentais, as normas, as hipóteses, as expectativas e as crenças, o que, de certa forma, está implícito na cultura da sociedade e orienta a ação dos trabalhadores na empresa (ZAVAREZE & CRUZ; 2010 *apud* COX; FLIN, 1998, MEARNS et al., 1998).

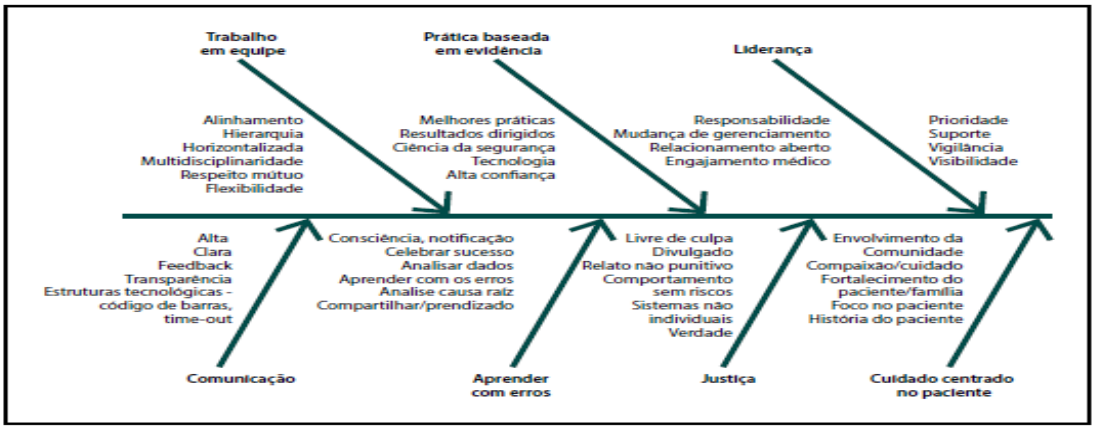
Na área de saúde, considera-se um clima de segurança positivo quando associado com a adoção de comportamentos seguros e diminuição de eventos adversos e consequentemente, trazendo segurança nos cuidados aos pacientes.

A Portaria n°529 de primeiro de abril de 2013 do Ministério da Saúde (MS) que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente cita que a Cultura de Segurança se configura a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

A promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual constitui-se umas das estratégias descritas no Plano Nacional de Segurança do Paciente o que demonstra a relevância do tema e indica às instituições de saúde a necessidade de estabelecer estratégias com foco no desenvolvimento de uma cultura de segurança organizacional.

Estudo de revisão desenvolvido por Sammer et al., (2010) identificou as várias propriedades que descrevem como parte da cultura de segurança dos hospitais e as subdividiram em sete categoriais descritas como "subculturas" (Figura 1): liderança; trabalho em equipe; comunicação, aprender com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente e práticas baseadas em evidencia; e considerou que o entendimento das sete subculturas mencionadas facilitaria o entendimento do processo de implantação de uma cultura de segurança nas instituições.

Figura 1: Tipologia da Cultura de Segurança



Fonte: Adaptada de: Sammer CE, Ly3kens K, Singh KP, Mains D Lackan NA. *What is Patient Safety Culture? A review of the literature. Jornal Nursing Scholarship*. 2010; 42(2):156-165.

Neste contexto, o entendimento sob o reconhecimento do clima de segurança de uma organização se faz necessário no estudo, que prevê a adesão a práticas de segurança cirúrgica em um centro cirúrgico oftalmológico.

A adesão à lista de verificação de segurança cirúrgica assume como prerrogativa a redução de eventos adversos no perioperatório fortalecendo a cultura de segurança neste cenário.

No que tange a cultura de segurança e a lista de verificação de segurança cirúrgica Tostes e colaboradores (2016), consideram esta relação uma via de mão dupla onde o uso da lista pode influenciar a cultura, mas seu sucesso também pode ser determinado pela cultura da organização sendo um equívoco, transitar em torno da ingênua premissa de que a simples inserção de uma lista de checagem em um processo clínico complexo, sem lidar com as questões culturais poderá aumentar a segurança.

Com base no estudo de Sammer et al., (2010) em aproximação ao cenário cirúrgico podemos ressaltar elementos fundamentais apontados da tipologia da cultura de segurança descrita (Figura 1) e também referenciadas no Manual de Cirurgias Segura publicado pela

OMS (2009) como: a comunicação, o trabalho em equipe, o cuidado centrado no paciente e a liderança.

A avaliação através do escore do SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire* - permitirá compreender o clima de segurança vigente na instituição cenário e com base nos resultados apontados sugerir o planejamento de intervenções que possam contribuir para a construção de uma cultura de segurança na organização.

2.4 Instrumento de Avaliação do Clima de Segurança: SAQ

Numa organização de saúde para que possa ser estabelecida uma cultura de segurança efetiva, prioritariamente, deve-se avaliar a cultura corrente (REIS; 2013 *apud* Pronovost *et al*., 2004) onde seja possível analisar as percepções e comportamentos relacionados à segurança e somente a partir desta avaliação a cultura de segurança venha a ser firmada.

Uma diversidade de instrumentos encontra-se disponíveis para auxiliar na avaliação da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde. A mensuração do clima de segurança através de escalas se configura uma ferramenta importante na avaliação da qualidade da assistência prestada sendo utilizada como método desde 1980. (CARVALHO, 2011).

Em organizações de saúde escalas para medir o clima de segurança são utilizadas desde a década de 80 e se configuram importantes ferramentas na avaliação do cuidado de saúde dispensado aos pacientes (CARVALHO & CASSIANI, 2012).

O *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form (SAQ) criado em 2006* é um instrumento autoaplicável que apresenta boas propriedades psicométricas (Cronbach 0,7 a 0,8) direcionado a avaliar a percepção dos profissionais em relação às questões de segurança. Desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas, Eric Thomas, John B Sexton e Robert L Helmreich a partir de outras duas escalas: *Intensive Care Unit Managent Attitudes Questionnaraire* e o *Fligth Managent Attitudes Questionnaraire* (CARVALHO, 2011).

Escolhido para o desenvolvimento do estudo por permitir ser aplicado a qualquer área hospitalar com o objetivo de mensurar a percepção do clima de segurança podendo fornecer informações importantes a respeito dos fatores que necessitam ser implementados e que influenciam no clima de segurança.

Compreende uma totalidade de 41 itens totais subdividido em duas partes onde a primeira, é composta por 36 itens distribuídos em seis domínios (quadro 02): Clima de trabalho em equipe (itens 1 a 6), Clima de Segurança (itens 7 a 13), Satisfação no trabalho (itens 15 a 19) , Percepção do estresse (itens 20 a 23), Percepção da gestão da unidade e do

hospital (itens 24 a 29) e Condições de trabalho (itens 30 a 32) e cinco itens não correlacionados a nenhum domínio a saber: item 14 que refere-se a percepção do profissional quando traz sugestões relativas a segurança do paciente e os itens compreendidos entre 33 a 36 direcionados a colaboração existente entre os profissionais da equipe e a falhas na comunicação.

Considera-se "reversos" (R) os itens 2, 11 e 36 do questionário onde se entende a necessidade de recodificação tendo nas respostas sinalizadas como "discordo totalmente" deverá ser considerada "concordo totalmente" e assim, analogamente (CARVALHO, 2011).

A segunda parte do questionário está reservada aos dados do profissional e contém as informações de preenchimento dos dados referente ao cargo, gênero, atuação principal e tempo de experiência na especialidade.

As respostas a cada uma das questões seguem a escala Likert uma escala de cinco pontos; ou seja, com seis modalidades de repostas: discordo totalmente (A), é igual a 0 pontos; discordo parcialmente (B) é igual a 25 pontos; neutro (C) é igual a 50 pontos; concordo parcialmente (D) é igual a 75 pontos; concordo totalmente (E) é igual a 100 pontos e não se aplica identificado com a letra "X" (CARVALHO, 2011).

A pontuação final do questionário varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção. Os valores são considerados positivos quando a pontuação total é maior ou igual a 75.

Considerado valores positivos para uma atitude de segurança, quando este resultado for igual ou maior a 75 pontos; e considerados questionários válidos aqueles que apresentarem uma taxa de resposta superior a 65%.

A partir do entendimento de manejo do SAQ foi contabilizado cada item com base nas respostas emitidas ao questionário e sequencialmente, realizada análise crítica.

Quadro 02: Domínios, descrições e exemplos de itens do SAQ - Questionário de Atitudes de Segurança

Domínio	Descrição	Exemplo de Itens
Clima de Trabalho em equipe (Itens 1 à 6)	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem-sucedida
Clima de Segurança (Itens 7 à 13)	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
Satisfação no Trabalho (Itens 15 a 19)	É a visão positiva do local de trabalho	Eu gosto do meu trabalho
Percepção do Estresse (Itens 20 a 23)	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital (Itens 24 a 29)	Refere-se a aprovação das ações da gerencia quanto as questões de segurança	A administração está fazendo um bom trabalho
Condições de Trabalho (Itens 30 a 32)	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho	Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados

Fonte: Sexton et al. (2006) adaptado por Carvalho (2011).

2.5 Simulação como Metodologia de ensino na aplicação do checklist de cirurgia segura

O uso da simulação na educação dos profissionais de saúde vem despontando como uma metodologia de ensino-aprendizagem inovadora caracterizando-se como uma técnica que substitui e amplia experiências reais replicando cenários do cotidiano de forma interativa.

Sanino (2012) afirma que o uso da simulação na educação de profissionais de saúde possibilita a prática de habilidades necessárias em um ambiente onde os erros são permitidos sem que coloque em risco a segurança do paciente e ainda, permitindo o crescimento profissional.

Sua aplicação vem tornando possível a prática de habilidades necessárias em ambientes protegidos que simulam cenários da prática do cuidado na saúde sem as complicações presentes nas situações reais do cotidiano e assim, garantindo que a segurança do paciente não seja colocada em risco.

Como método no ensino, a simulação, têm ganhado forças nos últimos quarenta anos sendo introduzida a partir da experiência desenvolvida pelas indústrias militar e aeronáutica. Já a área de saúde, vêm sendo aplicada como uma tentativa de reprodução de cenários clínicos semelhantes ao retratado no cotidiano real.

Segundo Pazin e Iglesias (2015), a simulação pode ser compreendida como uma técnica, uma metodologia ativa de ensino, que se utiliza do Ensino Baseado em Tarefas (EBT) ou ainda, Ensino Baseado em Problema (EBP) permitindo que as pessoas experimentem a representação de um evento real com o intuito de praticar, aprender, avaliar e entender as situações a partir da reprodução parcial ou total destas, num cenário prático, controlado e protegido em diferentes níveis de complexidade, autenticidade e competência; sendo considerada uma importante ferramenta de treinamento de competências.

O EBT, não está restrito ao uso de um simulador, mas a sua técnica exige a contextualização de um problema sendo submetido a um processo de busca por subsídios para a resolução, exigindo que haja um grupo aprendiz para que a discussão seja efetiva.

Estudo das condições propícias para utilização da simulação no ensino e na avaliação foram citadas por PAZIN e IGLESIAS (2015) sendo levadas em consideração para escolha do método de aplicação do *checklist* de segurança cirúrgica. (Quadro 03).

Quadro 03: Condições motivadoras do uso da simulação no ensino e na avaliação

CONDIÇÕES	**COMENTÁRIOS**
Questões Éticas	Considera a necessidade de treinamento em pacientes reais em oposição à obrigação ética médica de oferecer tratamento seguro e adequado ao paciente. Deste modo, a simulação ganha espaço crescente, garantindo a segurança pessoal dos pacientes.
Questões Andragógicas	Ambiente educacional adequado configurado como um cenário controlado e protegido, onde o estudante encontra o apoio psicológico necessário para treinar novas habilidades, podendo errar sem causar danos e sem constrangimentos para que, através de feedback imediato e repetição, possa desenvolver um grau mínimo de competência e segurança para num segundo momento realizar as mesmas tarefas na prática real.

Oportunizar conteúdos críticos	Habilidades e competências cruciais que podem não ser adequadamente trabalhados caso sejam abordados na prática e de comportamentos complexos interdisciplinares e Inter profissionais como comunicação, trabalho em equipe e liderança.
Treinamento real de competências	No ensino por competências a simulação é a tecnologia que integra as esferas cognitiva, psicomotora e comportamental/ Afetiva, em níveis mais elevados da pirâmide de Miller.
Feedback imediato	Maximizar o aprendizado e a correção do comportamento. Desenvolve a capacidade de observação, avaliação, comunicação, liderança e crítica. A auto avaliação e auto redirecionamento é ferramenta crucial para "aprender a aprender".
Alta Confiabilidade	Grau no qual os resultados avaliados são acurados e reprodutíveis quando o conteúdo for adequadamente apresentado. A alta confiabilidade é atingida pela inerente estruturação de tarefa e padronização do resultado por checklist.
Alta validade	Define-se como a capacidade de o teste avaliar o que se propõe com alta validade preditiva de comportamentos futuros na prática real; onde o avaliado deve demonstrar efetivamente seu desempenho na realização de tarefas propostas, interagindo na esfera cognitiva, afetiva e psicomotoras da competência indo além da simples verificação da memória ou raciocínio posicionando-se o mais próximo da realidade.

Fonte: Adaptação a tabela apresentada por Iglesias AG, Pazin-Filho A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação (2015).

O termo “simulação” está empregado em diversas possibilidades de ensino-aprendizagem aos profissionais de saúde, mas, promove muitas vezes certa confusão devido as suas várias estratégias de aplicabilidade como; no uso de um simulador de baixa, média, ou alta fidelidade; programas específicos de computadores, jogos virtuais, ou mesmo, um “*Roll Play*”, ou seja; “Troca de papéis” um método de aprendizagem baseado na experiência, no qual as pessoas assumem o papel de outras (dramatização) a fim de compreenderem um fenômeno definindo-se como a representação de uma situação real com recurso de atores na função de pacientes, para treinamento de obtenção de história clínica, exame físico e

habilidades de comunicação ou ainda, uma simulação clínica por "Paciente-Padrão"/ "Paciente-simulado realizada com atores (profissionais ou amadores) ou com pacientes reais treinados em situações específicas envolvendo a comunicação, aspectos éticos ou de difícil manejo na prática clínica.

Vale ressaltar que o uso do simulador de baixa fidelidade (tecnologia) busca o ensino de habilidades simples, traz a utilização de modelos anatômicos parecidos com o humano, de corpo completo ou parcial indicado para a aprendizagem de competências específicas. O simulador de média fidelidade apresenta os aspectos anatômicos agregado com sons respiratórios e cardíacos, que permitem a monitorização do traçado de eletrocardiograma e a pesquisa de alguns pulsos além de apresentarem alguns sons pré-gravados (tosse, vômito, gemido, entre outros), reproduzidos sob o comando de um operador. Já os simuladores de alta fidelidade, se constituem um manequim de corpo inteiro, anatômico e fisiologicamente semelhante ao de uma pessoa.

Este último, associado a um cenário realista, materiais e equipamentos reais, tecnologia de som e imagem permitem a realização de uma simulação de alta fidelidade constituindo não somente um cenário prático, mas uma experiência clínica simulada.

A escolha da estratégia de simulação a ser adotada deverá estar direcionada ao objetivo da atividade; ao conteúdo, público alvo, custo e capacitação adequada.

A utilização do *checklist* de cirurgia segura em ambiente simulado almeja garantir que as medidas essenciais de execução para segurança cirúrgica proposta para as três fases de aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica possam ser aplicadas com vistas à minimização dos riscos durante um ato cirúrgico.

A simulação favorece aos profissionais de saúde aprendizado simulado desenvolvendo competências e formação critica a partir da experiência de um acontecimento real em um ambiente fictício.

2.6 Envelhecimento populacional e senilidade ocular: A cirurgia oftalmológica e a mudança no modelo do cuidado sob a perspectiva da segurança do paciente

A acelerada transição demográfica no Brasil aponta para mudança nos grupos etários onde o rápido envelhecimento da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes) caracteriza o alargamento da pirâmide etária. Este, representado pelos principais fatores determinantes: a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012).

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao ano 2010 já apontava um percentual de idosos, no Brasil, de 10,8% do total da população, correspondendo a 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (FILHO et al., 2012).

Estima-se que o Brasil caminhe para um perfil demográfico mais envelhecido onde em 2025 passe a ocupar o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Dados do IBGE referenciam que o número de idosos no Brasil é um dos maiores do mundo, com perspectiva de crescimento de mais de 4% ao ano, no período de 2012 a 2022 com estimativa, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. (SANTOS et al., 2016 apud IBGE, 2015).

Com o advento do envelhecimento populacional veio a necessidade de atenção as demandas trazidas pelo indivíduo idoso e algumas doenças ocasionadas pelo processo do envelhecimento.

Em paralelo ao avanço da idade média de sobrevida temos o progresso das ciências médicas e desenvolvimento tecnológico, onde em contrapartida, um número cada vez maior de pacientes tem sido submetido a tratamento cirúrgico (SANTOS JR., 2003).

Ainda, neste contexto, vale considerar que o envelhecimento populacional além de incidir no reflexo demográfico, também, traz transição epidemiológica onde as doenças crônico-degenerativas assumem lugar de destaque e consequentemente, havendo necessidade de adequação das demandas da saúde além das mudanças ocorridas sob os aspectos econômicos, sociais e culturais gerados pelo conjunto em expansão.

Com o aumento da prevalência de doenças crônicas, características do indivíduo idoso, destaca-se a doença senil ocular provocada pelos inúmeros danos metabólicos e ambientais causados as estruturas oculares de uma forma cumulativa (FILHO et al., 2012).

Mudanças físicas, psicológicas e sociais, ocorridas no idoso, somadas às condições não favoráveis de envelhecimento bem-sucedido, culminam no risco elevado para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos, tornando este grupo etário mais vulnerável ao processo de hospitalização (SANTOS et al., 2016 apud VERAS, 2014).

No processo de envelhecimento, um dos órgãos mais afetados é a visão devendo ser destacada a ocorrência de doenças oculares nesta população como; a ocorrência de Catarata Senil, Degeneração Macular Senil (DMS) e o Glaucoma como ocorrências relacionadas aos fatores da idade.

A catarata senil corresponde a doença visual mais comum com incidência de 90% dos casos respondendo pelo maior número de cirurgias executadas em todo o mundo e prevalência

estimada de 17,6% antes dos 65 anos; 47,1% no grupo entre 65-74 anos e 73,3% nos indivíduos acima de 75 anos (ÀVILA et al; 2015).

A Degeneração Macular Senil (DMS), outra causa de cegueira da população acomete aproximadamente três milhões de brasileiros acima de 65 anos em estágios variados de evolução e por fim o glaucoma, com incidência estimada de 1% a 2% na população geral, aumentando após os 40 anos (2%), podendo chegar a 6% ou 7% após os 70 anos de idade (ÀVILA et al.; 2015).

Assim, deve ser considerado que a senilidade ocular, traz reflexos ao número de intervenções cirúrgicas corretivas as quais o idoso possa ser submetido e em contrapartida aos riscos associados aos procedimentos cirúrgicos.

Com vista a este panorama, há que ser repensado um novo modelo de assistência ao indivíduo idoso onde seja considerada uma proposta de assistência especificamente direcionada a esse segmento populacional, ou seja; centrado no paciente idoso e em suas demandas específicas.

Reconhecidamente, a resposta do sistema de saúde é, usualmente, fragmentada, tanto no que se refere à integralidade quanto à continuidade do cuidado (MORAES, 2012).

De forma holística, a segurança do paciente se define como à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (ANVISA, 2013) estando apoiada nas seis dimensões da qualidade; que prever o cuidado seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo (WACHTER, 2013).

Assim, pensar na segurança do idoso submetido a cirurgia oftalmológica nos faz refletir sob um novo modelo de cuidado que não se restringe somente ao processo perioperatório durante sua estadia hospitalar, mas, considera que a segurança do paciente idoso transcenda este momento; sendo imperioso conhecer os aspectos transicionais aos quais este sujeito vivencia; entendendo que a inobservância das consequências fisiológicas e patológicas do envelhecimento pode trazer riscos e ocasionar incidentes evitáveis no pós-operatório tardio.

As complicações relacionadas aos procedimentos estão entre os vários tipos de eventos adversos evitáveis em idosos internados assim como; as síndromes geriátricas (exemplo: o delirium), úlceras por pressão (UPP), incontinência urinária ou fecal, eventos associados a medicamentos (EAM) e a infecção hospitalar (SANTOS et al., 2016).

Em estudo realizado por cientistas da Universidade de Curtin, na Austrália, dados analisados em pessoas com 60 anos de idade ou mais que passaram por cirurgia de catarata bilateral na Austrália Ocidental de 2001 a 2008 pode-se perceber que o risco de queda grave

ocorreu mesmo depois de submetidos ao procedimento cirúrgico onde os dados apontaram que o número de casos que precisou de internação dobrou depois da primeira cirurgia de catarata, e aumentou em 34% depois da segunda (MEULENER et al., 2013).

Isso nos faz refletir que apesar dos inquestionáveis benefícios da cirurgia de catarata para melhora da acuidade visual, sendo uma das intervenções médicas com maior retorno em qualidade de vida para o paciente; existem riscos ocultos como a o "risco de queda" que pode ocorrer no período pós-operatório.

Compreende-se assim, a necessidade de trabalhar um novo modelo de atenção pautado em uma avaliação multidimensional com direcionamento de intervenções configuradas em um plano de cuidados que considere todas as informações essenciais para o planejamento e implementação das ações focadas a segurança da saúde do idoso.

Diante da explosão populacional do idoso, a criação de padrões novos de orientação para o modelo assistencial no setor de saúde tornou-se necessário para promover a adaptação do sistema público as demandas suscitadas por esta faixa etária, em termos de saúde (SANTOS JR, 2003).

Portanto, ressalta-se o papel dos profissionais de saúde e principalmente, do enfermeiro na avaliação dos fatores de riscos pré-operatórios e pós-operatórios do idoso submetido a cirurgia oftalmológica em que possam ser previstos os eventos adversos evitáveis desde a sua admissão no hospital até sua a alta e ainda, previsto os possíveis riscos aos quais possa estar exposto com vista as suas vulnerabilidades.

SANTOS et al., (2016) cita que a comunicação interpessoal satisfatória, a realização de avaliação contínua do paciente, estratégias de incentivo ao envolvimento do idoso no processo de tomada de decisão e de adesão dos familiares/acompanhantes no cuidado ao idoso, são fatores que podem promover a melhoria da qualidade de vida dos idosos, preservando a sua capacidade funcional, autonomia e independência.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa tendo como campo de aplicação um hospital privado, especializado em cirurgias oftalmológicas, localizado no município de Niterói, Rio de Janeiro (RJ). Foi desenvolvido em quatro etapas metodológicas no período de outubro de 2015 a agosto de 2016.

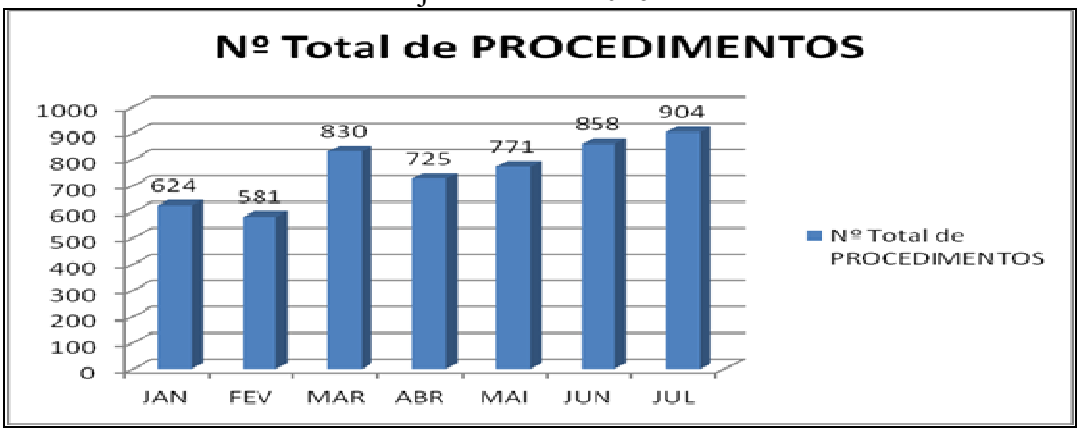
De acordo com Kauark e colaboradores (2010) apud Gil (1991) o estudo exploratório tem por objetivo, a maior familiaridade com o problema ou à construção de hipóteses tornando-o explícito. Envolve ainda, o levantamento bibliográfico, a interface com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de fatos que estimulem a compreensão. E a pesquisa descritiva, intenciona-se a descrever as características de determinada população ou fenômeno envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, questionários e observação sistemática.

O presente estudo por pretende aprofundar o conhecimento acerca do cuidado cirúrgico no perioperatório no contexto oftalmológico fazendo da pesquisa exploratória o subsídio necessário para aproximação da temática em questão.

3.2 Caracterização do cenário da pesquisa

O cenário escolhido para realização da pesquisa foi o centro cirúrgico de um hospital privado, especializado no atendimento oftalmológico. O Centro Cirúrgico da instituição estudada é constituído por seis salas operatórias realizando em média 800 cirurgias/mês conforme dados do primeiro semestre do ano 2016 (quadro 04).

Quadro 04: Estatística mensal de procedimentos cirúrgicos realizados no período de janeiro a julho do ano 2016.



Fonte: Dados extraídos da estatística do SCIRAS da instituição cenário; ano 2016.

O paciente com indicação cirúrgica como tratamento tem seu agendamento cirúrgico previamente realizado com o cirurgião, no consultório, sendo internado em caráter de hospital-dia em data acordada para o procedimento cirúrgico.

Durante a consulta médica o cirurgião traça as orientações pré-operatórias para a data agendada da cirurgia e sinaliza a obrigatoriedade de dispor exames prévios realizados como: risco cirúrgico, exames laboratoriais e exames clínicos e exames oftalmológicos.

Na data agendada da cirurgia, o paciente é recebido pela equipe de enfermagem em setor designado como "*Day Clinic*" sendo realizada uma entrevista com o paciente e seu familiar onde são checados os exames prévios realizados (pré-operatórios), medicamentos usados de rotina, utilização de antibióticos (para avaliar possibilidade de tratamento de infecções a distância), comorbidades prévias, alergias conhecidas, dentre outros aspectos.

Neste setor, o paciente tem sinais vitais aferidos, glicemia capilar e aplicação de pulseiras de identificação e riscos (queda/alergia); além de efetuada a primeira marcação do sítio cirúrgico (lateralidade).

A demarcação da lateralidade, ou seja, a sinalização do olho a ser operado (direito ou esquerdo) é realizada por profissionais da equipe de enfermagem no "*Day Clinic*" após confirmação do procedimento e olho a ser operado conforme checagem do mapa cirúrgico; encaminhamento médico para cirurgia e entrevista com o paciente e seu familiar.

É uma sinalização preliminar, realizada na fronte do paciente, no lado correspondente ao olho a ser operado, antes da entrada do paciente no centro cirúrgico; sala de recepção pré-anestésica onde a demarcação da lateralidade será checada pelo anestesiologista seguida do médico cirurgião em sala operatória.

Desta forma, o paciente é submetido aos procedimentos iniciais protocolares antes de sua entrada no Centro Cirúrgico propriamente dita.

Diversos tipos de procedimentos cirúrgicos (quadro 05) são realizados nesta instituição, desde os mais simples aos mais complexos, sendo inclusive, a instituição, credenciada a realização de transplante de córnea pelo Programa Estadual de Transplantes - PET.

Quadro 05: Principais procedimentos cirúrgicos realizados na instituição

Procedimentos	Principais Técnicas Cirúrgicas
Cirurgias Antiglaucomatosas	- Trabeculectomia - Implante de Válvula de drenagem - Cirurgia Ciclodestrutiva
Cirurgia de Catarata	- Facoemusificação
Cirurgia Corneanas	- Transplante de córnea
Cirurgias Conjuntivais	- Pterígio - Retirada de Cisto conjuntival - Transplante Conjuntival
Cirurgias Vítre-Retinianas	- Retinopexia convencional - Retinopexia Pneumática - Vitrectomia simples ou com endofotocoagulação de retina - Vitrectomia associada a Retinopexia com implante de gás ou óleo de silicone - Injeções intraoculares
Cirurgias Vias Lacrimais e Órbita	- Alargamento dos pontos lacrimais - Dacriocistorrinostomia
Plástica Ocular	- Blefaroplastia (Estética, ou por queda palpebral relativa ao envelhecimento) - Suturas Palpebrais Pós-Traumatismos - Remoções de Tumorações Palpebrais - Correção de Entrópico e Ectrópio (mudança da posição palpebral) - Correção de Bolsas Palpebrais

Fonte: Banco de dados SCIH da instituição. 2016

Dentre as diversas cirurgias realizadas, a facectomia (cirurgia de catarata), apresenta-se como o procedimento mais prevalente. Acompanhamento sistemático das infecções relacionadas aos procedimentos cirúrgicos é realizado pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS) da instituição onde há o monitoramento mensal das infecções relacionadas ao sítio cirúrgico (ISC).

Demonstrado no quadro 04 a representação estatística do quantitativo mensal de procedimentos realizados e no quadro 06 (abaixo) as facectomias (cirurgias de catarata) representadas como o procedimento de maior prevalência na instituição.

Quadro 06: Número total de facectomias realizadas no período de janeiro a julho de 2016

MESES	Nº TOTAL DE FACECTOMIAS/ MÊS
JANEIRO	241
FEVEREIRO	237
MARÇO	351
ABRIL	335
MAIO	339
JUNHO	404

Fonte: Dados extraídos da estatística do SCIRAS da instituição cenário. 2016

3.3 Participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada com a equipe cirúrgica, do quadro efetivo da instituição (cirurgiões, anestesiologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares da equipe de enfermagem) que atuam no Centro Cirúrgico, envolvidos no processo do cuidar de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos oftalmológicos. Eles foram compreendidos como participantes alvos, presentes em todas as etapas de construção e aplicação do *checklist* de segurança cirúrgica.

Vale ressaltar que em cada etapa da pesquisa, foram aplicados todos os critérios de inclusão e exclusão para composição do perfil dos participantes. Ainda, formalizado o aceite para participação do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na etapa I da pesquisa, além da equipe cirúrgica, houve a participação de outros profissionais de saúde (farmacêutico, auxiliares do serviço de farmácia, serviço de higienização e limpeza hospitalar, recepcionistas e outras categorias de apoio administrativo por considerar necessária a aplicação do SAQ - *Safety Atitudes Questionnaire (SAQ)* a demais profissionais de saúde atuantes na instituição que mesmo de forma indireta), realizam interface com o paciente cirúrgico. Os mesmos foram abordados pela pesquisadora em seu ambiente de trabalho a partir da concordância em participar da pesquisa e excluídos aqueles que no período de coleta de dados estiveram afastados de suas funções laborais por qualquer motivo.

Nesta etapa, os riscos foram considerados mínimos considerando que determinadas perguntas poderiam incomodar o participante da pesquisa uma vez que as informações coletadas envolviam as experiências profissionais individuais de cada um, podendo o

participante escolher não responder qualquer uma das perguntas que o fizesse sentir-se incomodado. Vale ressaltar que os participantes tiveram o seu o seu sigilo garantido.

Esta etapa da pesquisa visou contribuir para o incentivo à cultura de segurança da instituição e para qualidade e segurança da assistência prestada, mas não necessariamente, para o benefício direto do profissional.

Na etapa subsequente, a adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS para construção do esboço do *checklist* (instrumento adaptado) contou com a participação de enfermeiros e cirurgiões que conforme disponibilidade e aceite em participar da pesquisa. Ainda, nesta mesma etapa, a aplicação do pré-teste do instrumento adaptado através da aplicação da metodologia de simulação contou somente com a participação dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem sendo considerado como critério de exclusão somente os afastados de suas funções laborais por qualquer motivo no período de coleta de dados.

Os riscos foram considerados mínimos entendendo que a atuação no cenário de simulação poderia incomodar os participantes da pesquisa tendo em vista que envolveria por envolver ações relacionadas à sua prática profissional e desta forma, podendo os participantes escolherem não participar da dinâmica uma vez que o fizessem sentir-se incomodados. Os participantes tiveram o seu o seu sigilo garantido.

A etapa II pode contribuir com a prática de segurança cirúrgica a partir da retratação de um cenário prático com a aplicação do *checklist* de cirurgia segura adaptado a oftalmologia, mas não foi, necessariamente, para seu benefício direto dos sujeitos envolvidos.

Na etapa III, aplicado o checklist adaptado no ambiente cirúrgico, contando com a participação de médicos cirurgiões, anestesiologistas, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem sendo excluídos, somente os afastados de suas atividades laborais.

Os pacientes participaram de forma indireta na coleta de dados uma vez considerando que a observação do profissional aplicando o *checklist* foi realizada durante o procedimento cirúrgico desenvolvido junto a ele. Portanto, sendo solicitada sua autorização através do TCLE sendo garantido o sigilo e a privacidade na pesquisa. Vale ressaltar que em momento algum, houve abordagem direta ao paciente; sendo somente direcionada a observação do profissional durante o procedimento cirúrgico.

Considerando que os participantes poderiam sentir-se incomodados com a observação durante a aplicação do *checklist* adaptado no período perioperatório os mesmos, puderam optar por não serem observados e, portanto, escolher não participar da pesquisa por sentirem-se incomodados; neste contexto, o risco foi considerado mínimo.

A observação da realização do procedimento ajudou a identificar os elementos necessários para a adaptação do checklist de cirurgia segura, contribuindo para uma assistência cirúrgica mais segura.

3.4 Questões éticas

Tendo em vista a grande importância da ética no desenvolvimento de pesquisas que envolvem seres humanos foram tomados os devidos cuidados no estudo, respeitando os princípios éticos abordados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que considera o respeito pela dignidade humana, a ética e a proteção devida aos participantes envolvidos em pesquisas científicas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO e após parecer do CEP UNIRIO, sob número CAAE: 48307515.9.0000.5285, foi submetido ao CEP da instituição onde a pesquisa foi realizada para análise e autorização (ANEXO).

Os dados foram coletados sob assinatura prévia dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa em casa etapa do estudo (APÊNDICES).

Vale ressaltar que na etapa III (aplicação do *checklist* adaptado ao centro cirúrgico) qualquer situação observada durante sua aplicação, que pudesse colocar em risco o paciente, houve intervenção da pesquisadora.

3.5 Descrição e etapas da coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em etapas para trazer clareza ao estudo e delinear cada momento proposto assim como, auxiliar no processo de identificação dos produtos finais constituídos; conforme segue no quadro de detalhamento (quadro 07).

Quadro 07: Detalhamento e etapas da coleta de dados:

Etapa I	- Aplicação do questionário relativo a Atitudes de Segurança para avaliação do Clima de Segurança da organização.
Etapa II	- Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS para a construção de um esboço do *checklist* (instrumento adaptado). - Pré-Teste através da aplicação da simulação no emprego do checklist adaptado
Etapa III	- Aplicação do *checklist* adaptado no centro cirúrgico. - Observação não participante das facilidades e dificuldades apresentadas durante a aplicação do *checklist* adaptado no centro cirúrgico e revisão do mesmo conforme necessidade de ajuste.
Etapa IV	Confecção dos Produtos: - Checklist para Segurança Cirurgia Oftalmológica - Plano de Ação para implementação do Checklist de Segurança Cirúrgica Oftalmológica

Fonte: Ribeiro, 2017.

<u>ETAPA I</u>:

- Aplicação do questionário relativo a atitudes de segurança para avaliação do clima de segurança da organização

A aplicação do SAQ como primeira etapa da pesquisa foi de suma relevância por compreender a necessidade de reconhecimento do clima de segurança como uma ação prioritária para o sucesso na incorporação e operacionalização da lista de verificação de segurança cirúrgica no cotidiano.

Esta ferramenta de mensuração permitiu a realização de um diagnóstico situacional do clima de segurança sob a perspectiva dos profissionais tornando viável o reconhecimento de áreas da organização que apresentavam necessidade de melhoria e ainda, auxiliou no direcionamento de ações e atitudes com vistas à identificação de fragilidades apontadas através da análise dos seis domínios do SAQ (quadro 02). O papel determinante do clima de segurança mostrou-se relevante para o estudo como estratégia indutora e no fortalecimento a implantação do *checklist* de segurança cirúrgica oftalmológica.

Além disso, a necessidade de reconhecer a instituição a partir do clima de segurança intencionou alicerçar as etapas subsequentes da pesquisa sendo fundamental no reconhecimento do território a ser estudado.

Os questionários (SAQ) foram entregues aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa em um envelope juntamente com o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em duas vias de forma a garantir o obrigatório anonimato.

Houve a colaboração dos coordenadores/líderes de equipe que depois de orientados sobre o questionário se dispuseram a auxiliar na entregar dos envelopes contendo o TCLE (duas vias) e o SAQ aos profissionais de suas respectivas áreas.

Estabelecido um prazo de até dois dias após o preenchimento para retorno dos questionários preenchidos e TCLE assinados sendo devolvidos ao pesquisador em envelopes diferenciados e lacrados para garantia do anonimato necessário.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a janeiro de 2016 sendo reconhecida a necessidade de realização de um encontro de sensibilização para os profissionais atuantes na instituição com vistas a abordagem do Questionário de Atitudes de Segurança e seu objetivo central.

Essa medida foi necessária, após a percepção do pesquisador frente a devolutiva de alguns questionários que se apresentavam em branco e/ou incompletos e ainda, por evidenciar recusa de participação por parte de alguns profissionais como por exemplo, a equipe de

apoio/suporte ambiental (serviço de higienização hospitalar) que justificava não compreender bem a totalidade das perguntas contidas no questionário bem como, demonstravam temor para responder alguns itens.

Foi oportunizada uma data conveniente a capacitação interna para os profissionais da instituição sobre a temática "Segurança do Paciente" sendo feita uma abordagem ao assunto relacionado a cultura de segurança e a aplicação do SAQ.

Após o dia de sensibilização, realizada no mês de janeiro, ainda obtido retorno do preenchimento do SAQ por alguns profissionais.

ETAPA II

- Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS para a construção de um esboço do checklist (instrumento adaptado)
- Pré-Teste através da aplicação da simulação no emprego do checklist adaptado

Com base no reconhecimento do clima de segurança a partir da análise e compreensão dos seis domínios do SAQ na etapa anterior foi possível reconhecer os elementos-chave a serem fortalecidos na construção do esboço do *checklist* voltado a segurança cirúrgica oftalmológica.

Tornou-se evidente que na construção desta ferramenta de segurança cirúrgica precisava ser considerado aspectos como o clima de trabalho em equipe, a responsabilização individual e coletiva (da organização) com a segurança do cuidado cirúrgico, a comunicação e a participação do paciente como elementos fundamentais a estarem contemplados em cada fase de execução do *checklist* sendo esses aspectos de extrema relevância para sua incorporação e operacionalização.

Neste contexto, na etapa II, foi realizada uma adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS (Anexo H - Lista de verificação da OMS) com vista a construção de um modelo de *checklist* de segurança cirúrgica voltado para as cirurgias oftalmológicas (esboço do *checklist*), considerando os dez objetivos essenciais para segurança cirúrgica propostos no referencial teórico “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (Quadro 01) agregados aos aspectos identificados na etapa I da pesquisa.

Os dez objetivos essenciais serviram de guia na construção do esboço do *checklist* a fim de assegurar que todos pudessem estar contemplados na elaboração do mesmo.

O esboço do *checklist* foi construído a partir da realização da análise crítica da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS, sendo avaliado cada item disposto no instrumento e feita uma aproximação com o contexto cirúrgico oftalmológico.

A elaboração do esboço do *checklist* contou com a participação de representantes da equipe médica, enfermagem e da gerencia administrativa sendo realizadas cinco reuniões para discussão de um modelo (esboço) onde pudessem ser priorizados itens essenciais de segurança cirúrgica.

Essa construção foi apoiada por documentos de referencia como: Segundo desafio global para a segurança do paciente da OMS: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (2009) e o Protocolo para cirurgia segura do MS/ ANVISA/ Fiocruz (2013).

Ainda, nesta etapa da pesquisa, foi considerada relevante a adoção da metodologia de simulação como um pré-teste de validação do *checklist* e ainda, uma estratégia de capacitação aos profissionais do centro cirúrgico no seu emprego da ferramenta.

Durante a aplicação do pré-teste do *checklist* através da simulação foi utilizado um diário de campo para anotações relativas às dificuldades e facilidades apresentadas durante a atividade.

A simulação objetivava capacitar os enfermeiros e técnicos de enfermagem para a compreensão do *checklist* adaptado ao cenário oftalmológico e na validação de seu uso (pré-teste).

A intenção era por meio da simulação reproduzir os aspectos essenciais do ambiente cirúrgico de forma a maximizar a experiência do aprendizado, sanar dificuldades e corrigir possíveis deficiências no emprego do checklist assim como, identificar pontos de melhoria na estruturação do checklist adaptado.

O uso da simulação como ferramenta de ensino foi escolhido considerando sua aplicabilidade em diversos cenários do aprendizado.

Através desta metodologia de ensino baseada em tarefas (EBT), foi direcionada a capacitação dos profissionais para uso do *checklist* de cirurgia segura adaptado para o cenário da oftalmologia.

A técnica de simulação foi apoiada a partir da retratação de situações-caso ("*cases*") específicos ao contexto cirúrgico oftalmológico, em cenários delineados; apoiado pela utilização do esboço do *checklist* de segurança cirúrgica.

O gerenciamento de todo o processo de simulação foi executado com os próprios profissionais de enfermagem, atores e sujeitos da pesquisa, assumindo papéis diferenciados.

Não foram utilizados recursos físicos durante a atividade, somente alguns artigos médico-hospitalares da própria instituição na retratação dos cenários.

A intenção foi adotar uma metodologia de ensino que pudesse permitir o treinamento de competências para utilização do *checklist* de segurança cirúrgica e possibilitasse aos

profissionais de saúde, atuantes no cenário cirúrgico, a aprender a aplicar o *checklist* em um ambiente protegido, controlado e seguro; sem que possíveis complicações do cotidiano estivessem presentes quando em situações reais.

ETAPA III:

- Aplicação do checklist adaptado no centro cirúrgico.
- Observação não participante das facilidades e dificuldades apresentadas com o emprego do checklist adaptado no centro cirúrgico e revisão do mesmo conforme necessidade de ajuste.

Após a execução da etapa II, foi realizada revisão do *checklist* com base na identificação de pontos de melhoria apontados durante a simulação sendo somente após, aplicado no centro cirúrgico por um período de uma semana, em procedimentos cirúrgicos alheatórios.

No momento da aplicação do *checklist* de cirurgia segura foi realizado o monitoramento do tempo dispensado na aplicação do *checklist* durante o todo o período perioperatório.

Ainda, utilizada a observação não participante sendo analisadas eventuais facilidades e/ou dificuldades apresentadas durante a aplicação do checklist e a necessidade de pequenos ajustes.

Esta etapa ocorreu no ambiente operatório com a aplicabilidade do *checklist* em data e horário de movimento operatório. Vale ressaltar que diante de qualquer situação observada que pudesse colocar em risco o paciente haveria intervenção imediata da pesquisadora.

Esta etapa teve por finalidade analisar a aplicação do *checklist* de segurança cirúrgica adaptado ao contexto oftalmológico no cenário real (ambiente operatório) buscando reconhecer as facilidades e dificuldades no emprego da ferramenta e a partir disso, avaliar a necessidade de possíveis mudanças no modelo final do checklist em construção durante toda a pesquisa.

ETAPA IV: ***Confecção dos Produtos Finais:***

- Checklist para Segurança Cirurgia Oftalmológica
- Plano de Ação para implementação do Checklist de Segurança Cirúrgica Oftalmológica

Esta etapa de desenvolvimento da pesquisa foi constituída com base na compreensão e análise do diagnóstico situacional realizado a partir das etapas anteriores, sendo possível efetuar um estudo de soluções integradas com base nas evidencias apresentadas em cada etapa, tornando possível a adaptação e operacionalização de um *checklist* voltado a oftalmologia.

A metodologia empregada muito se aproximou do conceito considerado por Cury (2005) frente a análise administrativa, que a define como um processo integrado, dinâmico e permanente com fins de efetuar diagnóstico situacionais das causas e estudar soluções integradas envolvendo, a responsabilidade básica de planejar as mudanças aperfeiçoando o clima, a estrutura organizacional assim como, os processos e os métodos de trabalho.

A compreensão sobre a percepção do clima de segurança propiciou o reconhecimento de necessidades da organização para garantia de uma assistência cirúrgica segura onde a etapa I configurou-se um momento estratégico de reconhecimento de pontos de fragilidade no processo de implantação do *checklist,* ou seja, permitiu identificar os aspectos que poderiam dificultar a garantia de uso seguro da ferramenta proposta.

A padronização de um *checklist* especifico a oftalmologia, se propôs a garantir que os objetivos essenciais de segurança cirúrgica pudessem ser aplicados desde a avaliação pré-operatória até a preparação dos cuidados pós-operatórios.

Primou que pudesse ser contemplado os dez objetivos essenciais no *checklist* de cirurgia segura da OMS aproximando as necessidades individuais identificadas no ambiente cirúrgico oftalmológico no que tange as três etapas do procedimento - Antes da indução anestésica (Entrada- *Sign in*), Antes da incisão cirúrgica (Pausa cirúrgica – *Time out)* e Antes da saída do paciente da sala cirúrgica (Saída- *Sign out*).

A confecção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*Checklist*) para o cenário da oftalmologia perpassou uma etapa de análise (diagnóstico situacional) através do reconhecimento do clima de segurança sob a percepção dos profissionais da instituição sendo definidas as estratégias de mudança e ao mesmo tempo, integrando necessidades latentes da organização a fim de viabilizar a adaptação e operacionalização do *checklist.*

Em um segundo momento (etapa II), a aplicação da metodologia de simulação no pré-teste de validação junto à equipe de profissionais atuantes no centro cirúrgico da instituição pode contribuir muito para confecção do *checklist*, trazendo suas vivências cotidianas. Médicos e enfermeiros dividiram a expectativa de configuração de uma lista de verificação direcionada a especialidade, trazendo sugestões baseadas em suas experiências sugerindo itens aos quais consideravam essenciais para que se fizesse parte do *checklist*.

A experiência da simulação como um pré-teste de validação da ferramenta permitiu refletir sobre a disposição de alguns itens de segurança cirúrgica elencados no modelo preliminar (esboço do *checklist*) e sobre a necessidade de inclusão e/ou exclusão de alguns dos itens; havendo a necessidade de remodelação do *checklist* que havia sido desenhado.

E após alterações realizadas no *checklist*, ele foi aplicado no centro cirúrgico da instituição (etapa III) onde a observação não participante permitiu avaliar o fluxo operacional de implementação da ferramenta de segurança cirúrgica e evidenciar facilidades e dificuldades no seu manejo. Este momento possibilitou uma releitura do *checklist* onde novas modificações foram realizadas no mesmo.

O levantamento de questões e críticas relacionadas apresentadas nas três primeiras etapas da pesquisa associado a vivência dos participantes, foram consideradas na confecção do *checklist* assim como, as diretrizes descritas pela OMS no "Manual de Cirurgias Seguras Salvam Vidas", o Protocolo do MS referente a Cirurgia Segura e outros documentos da literatura que reforçam as práticas de segurança em todas as fases do perioperatório.

A partir disso, foi realizado um estudo de solução dos problemas apresentados nas três etapas iniciais da pesquisa sendo em paralelo a confecção do *checklist*, elaborado um plano de ação com o intuito de apontar soluções para os problemas evidenciados e direcionar para medidas efetivas com vista a garantir o emprego do *checklist* de cirurgia segura no cotidiano e consequentemente, a qualidade e segurança do paciente.

O Plano de Ação para implementação do *checklist* de segurança cirúrgica oftalmológica se configura o segundo produto da presente pesquisa onde traça a execução de plano de atividades (o que será feito) considerando os pontos de fragilidades evidenciados ao longo da pesquisa e orienta para as estratégias de cumprimento (como fazer, onde fazer, por que será feito e como será feito).

O planejamento e implementação de mudanças no plano de ação foi caracterizado a partir de um modelo utilizado em gestão da qualidade – 5W2H permitindo a clara compreensão do objetivo proposto e estratégias de execução.

O compromisso do pesquisador nesta fase, vai além da confecção do *checklist* de segurança cirúrgica oftalmológica e de um plano de ação a sua implementação, traz arraigada a proposta de reflexão sobre a linha de cuidado cirúrgico ao paciente submetido a cirurgia oftalmológica considerando todos os aspectos desde a sua abordagem na consulta médica pré-operatória até o planejamento da assistência no pós-operatório.

O estudo traz relevância quando nos faz compreender que a garantia de uma assistência cirúrgica segura envolve assegurar uma dinâmica de acontecimentos onde possa estar estabelecido a necessidade de aperfeiçoamento contínuos de processos, métodos de trabalho e da estrutura e do clima organizacional.

Corroborando com o mencionado, Santos et al. (2013) apud *Joint Commission Center for Transforming Healthcare* (2014) referência as cirurgias realizadas em local errado, como um evento evitável estando relacionado a uma série de fatores como: o extravio de documentos ou preenchimento incorreto e/ou inconsistente dos mesmos; perda de exames dos pacientes, falta de marcação da lateralidade pelo cirurgião na sala de preparo, ausência ou inconsistência do processo do *Time out,* pressa durante a verificação do paciente e/ou verificação inadequada da equipe cirúrgica, ausência de verificação do sítio cirúrgico quando são realizadas várias cirurgias consecutivas pelo mesmo cirurgião, comunicação inefetiva antes da cirurgia pelos membros da equipe, visibilidade da marcação por remoção ou coberta por campos cirúrgicos.

A afirmação acima retrata um contexto de risco e permite uma reflexão ao cenário cirúrgico oftalmológico, onde elementos como: a identificação da Lente Intra Ocular (LIO), o preparo adequado da área operatória, a demarcação da lateralidade, a garantia de manutenção da sinalização do olho demarcado, dentre outros fatores, indicam necessidade específicas de atenção direcionada a oftalmologia.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Apresentação, Análise e Discussão dos resultados em cada etapa do estudo

ETAPA I:

- Aplicação do questionário relativo a atitudes de segurança para avaliação do clima de segurança da organização

Realizada análise dos envelopes devolvidos em número correspondente ao quantitativo funcional informado por cada coordenador da área (14 envelopes para os profissionais da equipe de higienização hospitalar, 17 envelopes para os profissionais de enfermagem, 30 para equipe de recepção/administração), totalizando a participação de 61 profissionais.

Para análise descritiva das respostas aos questionários preenchidos foram efetuados dois cálculos: o primeiro, a conversão das respostas conforme pontuação definida na escala de Likert, após inversão dos itens reversos ("R"), e o segundo cálculo destinado a determinar a média dos domínios sendo feito a somatória das pontuações atribuídas à cada questão, em cada um dos domínios correspondentes.

A partir desses valores, as respostas de cada domínio foram somadas e divididas pelo número de questões, resultando em uma variação de zero à 100 sendo considerado uma atitude positiva quando o resultado estabelecido se apresentava maior ou igual à 75 pontos demonstrando forte concordância dos profissionais quanto as questões de segurança.

As questões foram agrupadas por domínios e finalmente, calculada a soma das respostas para as questões referentes a cada domínio e dividido o resultado pelo número de questões em cada área.

Os dados foram analisados por meio de análise estatística simples e sofreram tratamento estatístico do *software Microsoft® Office Excel* versão 2007 sendo utilizada uma análise estatística descritiva, com cálculo de frequência relativa, frequência absoluta e média sendo construídos indicadores resultantes da agregação e estratificação das respostas coletadas organizados em tabelas e gráficos tabulados no programa Excel.

De um total de 61 questionários aos quais foram entregues aos profissionais de saúde TCLE e SAQ nas diferentes áreas da instituição foram excluídos 34 após retorno, devido evidencia de taxa afirmativa de respostas inferior à 65% ou mesmo aqueles que se encontravam totalmente "em branco".

Acredita-se que os questionários entregues com a maioria das respostas “em branco” pudesse estar relacionado ao temor individual do participante em responder aos itens do questionário; mesmo considerando que estes foram entregues individualmente sendo firmado a garantia de seu anonimato e envelopes devolvidos lacrados ao pesquisador.

Somente considerado para análise 27 dos questionários, representando 55,7% do total de questionários respondidos com possibilidade de avaliação; compondo uma amostra final do estudo: Enfermeiro (1), Auxiliares/técnicos de enfermagem (11); farmacêutico (1), administrativo (4), suporte ambiental/ serviço de higienização (6), outros (4) referente a categoria profissional não discriminadas no questionário.

A ausência da equipe médica nesta etapa do estudo configurou-se uma limitação tendo em vista o reconhecimento de sua importância no processo de implantação de uso do *checklist* e consequentemente, no reconhecimento da maturidade existente da equipe frente a cultura de segurança da organização.

Considera-se que o envolvimento médico uma parte crítica da mudança da cultura na sala cirúrgica onde a ausência de sua participação ativa no dia-a-dia caracteriza-se uma tomada de decisão insuficiente, especialmente porque este tipo de parceria pode determinar a promoção da adesão a este plano essencialmente interdisciplinar de cuidado e segurança. (TOSTE et al. 2016).

Tabela 1: Distribuição das variáveis: Sexo, Tempo de atuação na especialidade e Cargo ou Função dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro (RJ), 2017.

Variável		**Nº Absoluto**	**N (%)**
Sexo	Masculino	10	37,0 %
	Feminino	16	59,2 %
	Não informado	01	3,70 %
Variável		**Nº Absoluto**	**N (%)**
Tempo de Atuação na especialidade	Menos de 6 meses	3	11,1 %
	6 a 11 meses	6	22,2 %
	1 a 2 anos	7	25,9 %
	3 a 4 anos	4	14,8 %
	5 a 10 anos	3	11,1 %
	11 a 20 anos	01	3,70 %
	21 anos ou mais	01	3,70 %
	Não informado	01	3,70 %
Cargo ou Função	Enfermeiro	01	3,70 %
	Auxiliar /Técnico de Enfermagem	11	40,7 %
	Farmacêutico	01	3,70 %
	Administrativo	04	14,8 %
	Suporte ambiental (limpeza)	06	22,2 %
	Outros	04	14,8 %

Fonte: Ribeiro, 2017. Resultados da própria pesquisa.

A tabela 1 mostra algumas variáveis sóciodemográficas e funcionais dos participantes do estudo. A partir da análise dos 27 questionários ficou evidenciado maior prevalência dos profissionais do sexo feminino (59,2%); tempo médio de atuação dos profissionais na especialidade configurado no período de 6 meses a 2 anos (48,1%) onde 22,2% cerca de 6 a 11 meses e 25,9% de 1 a 2 anos. Em relação ao cargo ou função desempenhada, pode ser observado maior representatividade no grupo populacional representado por auxiliares/técnicos de enfermagem (40,7%), seguido dos funcionários do serviço de suporte ambiental (limpeza hospitalar) com 18,5%, administrativos (14,8 %) e demais profissionais categorizados como "Outros" (14,8%) não correspondente a nenhuma categoria elencada no questionário, a exemplo: os auxiliares do serviço de farmácia.

Quadro 08: Avaliação dos questionários considerando a classificação total do SAQ

SAQ Total	Total de Questionários (27)	N (%)
< 75 pontos	22	81,5%
≥ 75 pontos	05	18,5%

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017

O quadro 08 demonstra o resultado da avaliação dos 27 questionários considerando as respostas de cada domínio somadas e divididas pelo número de questões de cada item, onde pode-se perceber que em 22 dos questionários (81,5%) as respostas emitidas apontaram um índice de concordância entre os participantes abaixo 75 pontos o que traz a evidencia da baixa percepção do clima de segurança sob a percepção dos profissionais participantes.

Tabela 2: Análise descritiva do SAQ - Safety Attitudes Questionnaire

Domínios	Itens do SAQ	Média	Mediana	Dp
SAQ total	41	53,6	56,5	21,5
Clima de Trabalho em equipe	6	68,9	70,8	17,3
Clima de Segurança	7	67,5	71,4	20,1
Satisfação no Trabalho	5	74,0	85,0	27,0
Percepção do Estresse	4	53,3	50,0	29,3
Percepção da Gerência	11	41,1	42,0	24,7
Condições de Trabalho	3	57,6	61,2	17,1
Item 14	1	65,2	50,0	23,5
Item 33 a 35	3	77,2	83,3	25,7
Item 36	1	40,0	50,0	39,5

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017

O índice também pode ser verificado na Tabela 2 conforme análise descritiva do SAQ por seus domínios onde apontou média total do SAQ com valor de 53,6 demonstrando índice de concordância inferior a 75 pontos.

Conforme já mencionado no presente estudo, considera-se somente resultado positivo a cultura de segurança quando o número absoluto estiver representado por valor igual ou superior a 75 pontos a partir da Escala de Likert.

Esse dado demonstra que aspectos relacionados ao clima de segurança precisam ser aprimorados sendo relevante a divulgação dos dados a esses profissionais que atuam na instituição no reconhecimento da percepção sobre o clima de segurança na organização e incentivo a mudanças sob a perspectiva da segurança do paciente.

O índice apontado nos faz refletir sobre a necessidade de instauração de uma política institucional e identificação de fatores que possam estar interferindo no estabelecimento de uma cultura de segurança dentro da organização.

Em um estudo realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil por Correggio e colaboradores (2014) analisou a cultura de segurança sob o ponto de vista de seus profissionais e também pode constatar através dos resultados que aspectos relevantes a cultura da segurança do paciente no Centro Cirúrgico (CC) estudado precisavam ser aprimorados, uma vez que a avaliação da média dos escores confirmou que em todas as seis dimensões obtiveram valores inferiores a 75, sendo este considerado como mínimo positivo para a cultura de segurança.

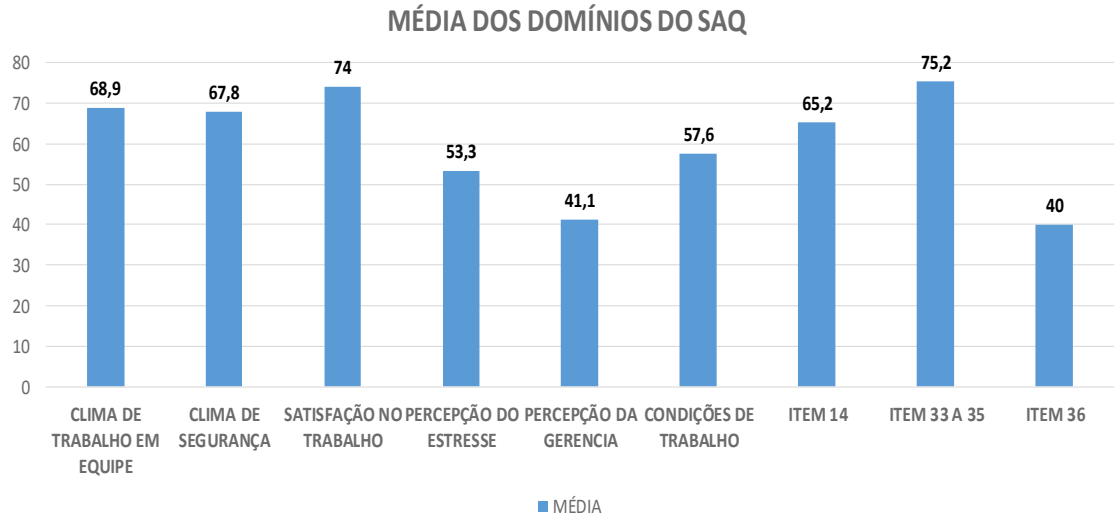
Outro estudo realizado no Hospital Base do Distrito Federal (HBDF) por Carvalho e colaboradores (2015) em avaliação a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança, demonstrou que o escore total do SAQ variou entre 34,4 e 74,8 por domínio com média de 53,3 indicando baixa percepção dos profissionais sobre o clima de segurança.

Pesquisa com a utilização do SAQ, nos contextos nacional e internacional, sugerem que escores acima de 80 indicam forte consenso entre os profissionais sobre o clima de segurança e aqueles abaixo de 60 significam um sinal de alerta para as instituições, pois indicam a necessidade de ações para implantação da cultura de segurança Carvalho et al. (2015).

A apresentação positiva da pontuação obtida através do *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form* 2006 (SAQ) se configura um importante indicador a segurança do paciente (CARVALHO & CASSIANI, 2012).

Os escore médio do SAQ assim como a média e mediana total referente a pontuação do questionário para cada domínio e itens não correlatos foram avaliados isoladamente conforme tabela 2 e representado graficamente na figura 02 para melhor compreensão das pontuações referentes a cada item.

Figura 02: Média de escores obtidos a partir da avaliação dos domínios do questionário SAQ. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.



Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017.

Pode-se observar que a atitude com média mais elevada foi representada no domínio "Satisfação no Trabalho" (74) seguida do "Clima de trabalho em Equipe" (68,9) e Clima de Segurança (67,8); obedecendo uma ordem decrescente de valor. Não havendo diferença significativa de valor entre esses dois últimos.

Menores escores atribuídos a "Percepção da Gerência" relacionado à unidade e ao hospital (41,1) seguido do domínio relativo a "Percepção do Estresse" (53,3) e "Condições de Trabalho"(57,6).

Conforme autor do SAQ, os itens 14 e 33 a 36 não pertencem a nenhum domínio em específico onde o "item 14" refere-se à percepção do trabalhador relativa a segurança do paciente e os "itens 33 a 35" relacionados a colaboração existente entre os membros da equipe assistencial e por fim o "item 36" direcionado a percepção relativa a falhas na comunicação (CAUDURO, 2013).

Conforme versão adaptada do SAQ para o português esses itens não pertencem a nenhum domínio, a autora referência a possibilidade de análise destes itens realocados aos domínios que apresentam maior correlação onde o "item 14" fica realocado para o domínio "Percepção da gestão do hospital" e os "itens 33 a 35" alocados em um único componente com nome sugerido - Comportamento Seguro/Práticas Seguras (CARVALHO,2011).

Em estudo realizado por Carvalho & Cassiani (2012) a questão 14, "minhas sugestões relacionadas à segurança seriam postas em prática se eu as expressasse ao gestor", foi alocada ao domínio percepção da gestão do hospital ainda que não relacionada a nenhum domínio,

tomando por base valores de correlação da análise fatorial exploratória e o aspecto semântico da questão.

DOMÍNIOS DO SAQ

Apresenta-se as respostas dos participantes, por questão, nos domínios clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência e condições de trabalho assim como, de itens não pertencentes aos domínios, mas, que se tornaram essenciais as análises.

Salienta-se que, nas análises descritivas por questão, as opções de respostas discordo totalmente (DT) e discordo parcialmente (DP) e as concordo parcialmente (CP) e concordo totalmente (CT) foram agrupadas, a fim de obter maior clareza na estatística descritiva.

→ Clima de Trabalho em Equipe

O domínio referente ao "Clima de trabalho em equipe", correspondente a seis itens do questionário, pode ser evidenciando média de pontuação 68,9 conforme nível de concordância dos participantes (figura 02). Esse domínio se caracteriza pela qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe.

Apresentou o segundo maior escore dentre todos os demais domínios avaliados onde conforme índice de concordância apresentado, o resultado demonstrou que os participantes acreditam que o enfermeiro contribui para melhor qualidade da assistência prestada e ainda, que existe interação entre os membros da equipe.

Quadro 09: Análise descritiva por questão do SAQ do domínio – Clima de Trabalho em Equipe, de profissionais de saúde atuantes em hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n= 27)	Discordo Totalmente e Parcialmente N (%)	Neutro N (%)	Concordo Totalmente e Parcialmente N (%)	NA/ SR* N (%)
Clima de Trabalho em Equipe	1	As sugestões dos enfermeiros são bem recebidas nesta área?	1 (3,70)	5 (18,5)	18 (66,6)	3 (11,1)
	2 ®	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	6 (22,2)	6 (22,2)	14 (51,8)	1 (3,70)
	3	Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	4 (14,8)	4 (14,8)	18 (66,6)	1 (3,70)
	4	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	4 (14,8)	0	22 (81,4)	1 (3,70)
	5	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	1 (3,70)	3 (11,1)	22 (81,4)	1 (3,70)
	6	Os(as) médicos(as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como um equipe bem coordenada	5 (18,5)	7 (25,9)	15 (55,5)	0

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017.

Em análise individualizada aos itens pertencentes a este domínio (quadro 09) pode-se avaliar que 66,6% dos profissionais concordam totalmente e/ou parcialmente que as sugestões dos enfermeiros são bem aceitas e que há no ambiente de trabalho colaboração mútua entre os profissionais membros da equipe no cuidado ao paciente (81,4%) sendo fácil dialogar e realizarem perguntas no ambiente de trabalho (81,4%). Este aspecto encontra-se em destaque no quadro 09 apresentando o índice percentual mais elevado de todos os itens representados neste domínio.

O respeito às diferentes opiniões, a relação harmoniosa entre os membros da equipe, o desenvolvimento da confiança, o trabalho coletivo e o reconhecimento das habilidades e potencialidade do enfermeiro foram citados por CORREGGIO et al. (2014) como determinantes na construção de um ambiente focado na segurança do paciente.

Corroborando com esse pensamento Toso et al. (2016) diz que para haver um clima de trabalho favorável a segurança tanto do profissional quanto do paciente será necessário respeito, harmonia, consideração às diversas opiniões, entrosamento coletivo.

Correggio et al. (2014) apud Walshe & Boaden (2006) afirma que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhora a autoestima e o bem-estar psicológico sendo essenciais no ambiente cirúrgico estando diretamente relacionado a satisfação no trabalho conduzindo a mudanças na melhoria da segurança dos pacientes.

Em contrapartida, nesse mesmo domínio, no item 2, " Nesta área é difícil falar abertamente se eu percebo algum problema com o cuidado ao paciente" chama a atenção quando em análise as respostas emitidas, percebe-se que a maioria dos profissionais sente dificuldade de tratar um problema relacionado ao cuidado do paciente abertamente dentro da organização visto que 51,8% dos participantes concordam total e/ou parcialmente sentir dificuldade de falar sobre um problema relacionado ao cuidado.

A dificuldade de falar abertamente sobre um problema no cuidado se configura um aspecto negativo a segurança entendendo que este fator pode favorecer a ocorrência de eventos adversos para os pacientes com danos transitórios ou mesmo permanentes.

Os resultados sinalizam que apesar do envolvimento e respeito entre os profissionais, algumas medidas precisam ser fortalecidas para a garantia da segurança cirúrgica.

→ Clima de Segurança

Este domínio envolve a avaliação de sete itens sobre a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento com a segurança do paciente. A média obtida nesse domínio não

apresenta significância estatística com o domínio anterior onde o resultado obtido aponta um escore médio de 67,8 (figura2).

O fato de ambos os domínios; “Clima de Trabalho em Equipe” e Clima de Segurança” apresentarem resultados quase similares pode ser explicado quando percebemos uma certa convergência em algumas respostas apontas em ambos os domínios.

Vimos que os participantes revelam dificuldade em falar abertamente sobre os problemas que possam envolver o cuidado o que de certa forma, pode revelar alguma dificuldade em criar um clima de segurança.

Quadro 10: Análise descritiva por questão do SAQ do domínio: Clima de Segurança em Equipe, de profissionais de saúde atuantes em hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n=27)	Discordo Totalmente e Parcialmente N (%)	Neutro N (%)	Concordo Totalmente e Parcialmente N (%)	NA/ SR* N (%)
Clima de Segurança	7	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	3 (11,1)	2 (7,40)	21 (77,7)	1 (3,70)
	8	Erros são tratados de modo apropriado nesta área	1 (3,70)	2 (7,40)	21 (77,7)	3 (11,1)
	9	Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	1 (3,70)	5 (18,5)	19 (70,3)	2 (7,40)
	10	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	7 (25,9)	2 (7,40)	16 (59,2)	2 (7,40)
	11 *	Nesta área, é difícil discutir sobre erros	11 (40,7)	1 (3,70)	14 (51,8)	1 (3,70)
	12	Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	2 (7,40)	2 (7,40)	20 (74,0)	3 (11,1)
	13	A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	4 (14,8)	9 (33,3)	11 (40,7)	3 (11,1)

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017.

Em análise descritiva ao domínio "Clima de Segurança" (quadro 10) o item 11 traz o questionamento "Nesta área, é difícil discutir sobre erros" e nos leva a uma reflexão importante quando se observa que mais da metade dos participantes (51,8%) concordam totalmente e/ou parcialmente ser difícil falar sobre erros ainda que 74% digam ser encorajados pelos colegas a informar qualquer preocupação que possa estar relacionada a segurança do paciente.

Entretanto, nesse mesmo domínio, há um contraponto onde os participantes referem que se sentiriam seguros sendo tratados naquela instituição como pacientes demonstrando segurança no atendimento prestado a clientela assistida apresentando um índice de concordância entre os participantes de 77,7%.

No que tange a notificação de eventos adversos, no item 9; "Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área" observou-se que 70,3% dos profissionais reconhecem os meios internos de notificação de

ocorrências relacionadas a segurança do paciente onde 77,7% acredita que os erros são tratados de modo adequado.

Em estudo similar realizado com o mesmo instrumento TOSO et al (2016) também pode evidenciar em relação ao domínio clima de segurança, que 80% dos participantes compartilhavam a idéia de sentirem-se seguros se tratados na unidade como pacientes, 85,6% conheciam os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente e 82,2% responderam que eram encorajados pelos colegas a relatar quaisquer preocupações referentes à segurança do paciente.

Neste contexto, acredita-se que as organizações de saúde devam consolidar uma mudança de paradigma da cultura de segurança onde os erros humanos possam ser analisados, que as pessoas possam ser capazes de criar uma cultura de notificação de incidentes, uma cultura de aprendizagem onde se exista um equilíbrio entre culpabilização e responsabilização.

Vale ressaltar que a instituição teve no ano 2015 implantado o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e neste período foi elaborado um programa interno de segurança do paciente alinhado as diretrizes do Ministério da Saúde; podendo o resultado apresentado no questionário ser reflexo das atividades realizadas pelo NSP.

→ Satisfação no Trabalho

Este domínio retrata a visão positiva do local de trabalho sob a percepção dos profissionais sendo apresentado como o escore médio mais alto correlacionado aos demais domínios.

Quadro 11 - Análise descritiva por questão do SAQ do domínio – Satisfação no Trabalho e Percepção do Estresse, de profissionais de saúde atuantes em hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n= 27)	Discordo Totalmente e Parcialmente N (%)	Neutro N (%)	Concordo Totalmente e Parcialmente N (%)	NA/ SR* N (%)
Satisfação no trabalho	15	Eu gosto do meu trabalho	0	0	25 (92,5)	2 (7,40)
	16	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	2 (7,40)	4 (14,8)	18 (66,6)	3 (11,1)
	17	Este é um bom lugar para trabalhar	0	9 (33,3)	18 (66,6)	0
	18	Eu me orgulho de trabalhar nesta área	1 (3,70)	3 (11,1)	19 (70,3)	4 (14,8)
	19	O moral nesta área é alto	0	9 (33,3)	15 (55,5)	3 (11,1)
Percepção do Estresse	20	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	5 (18,5)	8 (29,6)	11 (40,7)	3 (11,1)
	21	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado(a)	5 (18,5)	0	18 (66,6)	4 (14,8)
	22	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis	4 (14,8)	7 (25,9)	12 (44,4)	4 (14,8)
	23	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (Ex: reanimação cardiorrespiratória e convulsões)	6 (22,2)	4 (14,8)	5 (18,5)	12 (44,4)

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017.

No domínio “Satisfação no Trabalho" pode ser analisado a partir dos itens que o compõe (quadro 11) e verificar que a maioria dos profissionais respondeu "Concordo Totalmente (CT)" e/ou "Concordo Parcialmente (CP)" para as questões em destaque, onde o item "Eu gosto do meu trabalho", apresentou o escore mais alto (92,5%) seguido do item "Eu me orgulho de trabalhar nesta área" (70,3%).

Demais itens pertencentes ao domínio também puderam espelhar uma visão positiva do local de trabalho onde as questões relativas aos itens 16 e 17 obtiveram escore médio de 66,6% retratando a percepção de satisfação dos profissionais em trabalharem no local.

Este resultado conflui com outros estudos realizados por Fidelis (2011) e Marinho (2012) onde o item “satisfação no trabalho” obteve o escore mais alto e em estudo desenvolvido por Correggio et al. (2014) a satisfação no trabalho foi avaliada como a terceira atitude mais relevante pelos participantes.

A atitude positiva no trabalho é defendida por alguns autores como algo diretamente relacionado ao aumento do desempenho e na qualidade da segurança do paciente, favorecendo maior apoio a criação de uma cultura de segurança.

VEGRO, et al. (2016) diz que a satisfação profissional está relacionada as condições de trabalho nas instituições, a saúde do trabalhador, bem como nas relações de equipe, o que resulta em um ambiente mais humanizado e em melhor qualidade da assistência, o que implica diretamente, na melhor evolução clínica dos pacientes.

→ Percepção do Estresse

Este domínio compõe três questões relativas a percepção dos profissionais sobre os fatores estressores que podem influenciar o trabalho.

As respostas ao domínio apresentam afirmativas que descrevem que 66,6% acredita que o desempenho no trabalho é prejudicado quando se sente cansado, 40,7% opinam que o excesso de tarefas fator reflete na diminuição da eficiência no trabalho e 44,4% citam concordar totalmente e/ou parcialmente que há maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis.

Contribuir para percepção positiva individual dos profissionais é colaborar positivamente para sua satisfação onde manter um equilíbrio entre o cuidado prestado e o trabalhador cuidador é fundamental Toso e colaboradores (2016).

Correggio et al (2014) acreditam que fatores relacionados aos recursos humanos podem interferem no desenvolvimento de um cuidado seguro estando intimamente ligados ao

reconhecimento do estresse, como por exemplo, a fadiga dos profissionais, a escassez de recursos humanos, as barreiras na comunicação, as relações interpessoais não efetivas, as distrações, as interrupções, os erros de julgamento, a falta de atenção e o fator emocional dos profissionais.

Sob essa perspectiva, torna-se necessário o reconhecimento por parte da organização dos fatores estressores que possam vir a interferir na qualidade do cuidado seguro.

→ Percepção da Gerencia da unidade e do hospital

Está relacionado a aprovação das ações da gerencia quanto as questões de segurança sendo evidenciado como o menor escore do SAQ (41,1) conforme figura 2.

Quadro 12: Análise descritiva por questão do SAQ do domínio: Percepção da Gerência da Unidade e do Hospital, de profissionais de saúde atuantes em hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n= 27)	Discordo Totalmente e Parcialmente N (%)	Neutro N (%)	Concordo Totalmente e Parcialmente N (%)	NA/ SR* N (%)
Percepção da gerencia	24	A administração apoia meus esforços diários (adm da unidade)	2 (7,40)	6 (22,2)	7 (25,9)	12 (44,4)
	24.1	A administração apoia meus esforços diários (adm do hospital)	4 (14,8)	3 (11,1)	9 (33,3)	11 (40,7)
	25	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente(adm da unidade)	4 (14,8)	4 (14,8)	7 (25,9)	12 (44,4)
	25.1	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (adm do hospital)	6 (22,2)	7 (25,9)	6 (22,2)	8 (29,6)
	26	A administração está fazendo um bom trabalho(adm da unidade)	0	2 (7,40)	12 (44,4)	13 (48,1)
	26.1	A administração está fazendo um bom trabalho(adm do hospital)	0	4 (14,8)	12 (44,4)	11 (40,7)
	27	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva (adm da unidade)	2 (7,40)	6 (22,2)	7 (25,9)	12 (44,4)
	27.1	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva (adm do hospital)	2 (7,40)	6 (22,2)	10 (37,0)	9 (33,3)
	28	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho (adm da unidade)	1 (3,70)	3 (11,1)	9 (33,3)	14 (52,0)
	28.1	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho (adm do hospital)	2 (7,40)	5 (18,5)	12 (44,4)	8 (29,6)
	29	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes?	10 (37,0)	4 (14,8)	10 (37,0)	3 (11,1)

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017.

A partir da análise descritiva dos itens apresentados conforme quadro 12 (acima) observou-se que a maioria das respostas obtidas não permitiram a realização de uma análise crítica geral sob a percepção dos profissionais a respeito da gestão da unidade e do hospital onde as respostas não ficaram distribuídas uniformemente e um número relativamente expressivo de profissionais respondeu “Neutro” ou “Não se aplica/Sem Resposta” a maioria dos itens do questionário.

Em destaque no quadro 11, aponta índice de 44,4% para os itens que tratam de questões relativas a compreensão por parte dos profissionais no entendimento que um bom trabalho é executado por parte da gerencia da unidade e do hospital e ainda, no feedback a

respeito dos eventos que podem afetar o seu trabalho. Porém, este indicador não retrata a percepção nem da metade da totalidade dos participantes.

Acredita-se que devido a impossibilidade de retratar a percepção dos profissionais acerca da gerência da unidade e da instituição com base nas respostas emitidas esse fator possa não se definir positivamente, sendo uma limitação para a análise do domínio.

Esse dado nos faz refletir sobre acerca das motivações que levaram aos participantes a adotarem um comportamento de neutralidade frente as questões levantadas.

→ Condições de Trabalho

Este domínio está relacionado percepção dos profissionais à qualidade do ambiente de trabalho. O escore médio obtido indicou uma baixa percepção dos profissionais sobre este item (57,6) conforme sinalizado na figura 2.

Quadro 13: Análise descritiva por questão do SAQ do domínio: Condições de Trabalho e itens não correlatos ao SAQ, de profissionais de saúde atuantes em hospital oftalmológico do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n= 27)	Discordo Totalmente e Parcialmente N (%)	Neutro N (%)	Concordo Totalmente e Parcialmente N (%)	NA/ SR* N (%)
Condições de Trabalho	30	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	6 (22,2)	2 (7,40)	16 (59,2)	3 (11,1)
	31	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	1 (3,70)	10 (37,0)	11 (40,7)	5 (18,5)
	32	Estagiários na minha profissão são adequadamente supervisionados	2 (7,40)	6 (22,2)	11 (40,7)	8 (29,6)
	14	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	1 (3,70)	13 (48,1)	9 (33,3)	4 (14,8)
	33	Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área	0	3 (11,1)	18 (66,6)	6 (22,2)
	34	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	1 (3,70)	6 (22,2)	17 (63,0)	3 (11,1)
	35	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de farmacêuticos nesta área	0	3 (11,1)	18 (66,6)	6 (22,2)
	36 ®	Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	12 (44,4)	6 (22,2)	7 (25,9)	2 (7,40)

Fonte: Resultados da própria pesquisa. Ribeiro, 2017.

No item "Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe" aponta para o senso comum que existe uma preocupação na instituição com a capacitação de novos colaboradores, porém, com necessidade de melhoria nesta área de atuação.

Os resultados sugerem a necessidade de investimento no preparo de profissionais que iniciam suas atividades na instituição e melhor veiculação interna de informes relativos as decisões diagnósticas e terapêuticas.

Em análise aos itens não pertencentes a nenhum domínio (figura 2/ quadro 13), pode ser constatado no “Item 14” um alto percentual de neutralidade (48,1%) sobre a percepção dos participantes a despeito de questões relativas a segurança do paciente.

Este índice nos reportou ao domínio “Percepção da gerencia da unidade e do hospital” já discutido anteriormente que também demonstrou uma relação de neutralidade as perguntas relativas ao item.

Conforme mencionado na presente pesquisa, Carvalho (2011) referência a possibilidade de análise deste item realocado ao domínio "Percepção da gestão do hospital".

Já os itens 33 a 35 apontam 77,2 de escore médio, demonstrando boa percepção do relacionamento profissional entre enfermeiros, médicos e farmacêuticos com forte concordância dos profissionais relativo a vivência de boa colaboração entre os profissionais.

Já o "item 36", apresentou o menor escore médio (40) indicando que a falha na comunicação está presente no cotidiano destes profissionais.

Entende-se que a comunicação se configura elemento essencial a prestação de uma assistência segura e efetiva estando definida como um dos objetivos da proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas diretrizes dispostas no manual de segurança cirúrgica definindo a necessidade de se estabelecer uma comunicação efetiva e troca de informações entre a equipe para a condução de um procedimento cirúrgico seguro.

Neste aspecto, a promoção a cultura de comunicação entre os membros da equipe se traduz como elemento essencial a uma assistência segura e efetiva possibilitando melhor aperfeiçoamento da segurança e eficiência em sala operatória.

Para Cauduro (2013) é relevante que a comunicação entre líderes e trabalhadores esteja estabelecida, que dificuldades e desafios sejam reconhecidos de forma entre eles, executores dos processos assistenciais, sendo a comunicação considerada um elemento a ser perseguido pela cultura de uma organização para segurança do paciente.

A prática cirúrgica pode ser compreendida como algo bastante complexo tendo em vista que envolve uma multiplicidade de eventos, número de pessoas envolvidas, a gravidade do paciente, a quantidade de informações requeridas, a necessidade com a qual as demandas devem ser processadas, incluindo as demandas técnicas contribuindo para um ambiente propenso a erros (OMS, 2009).

No âmbito da assistência cirúrgica segura, o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica se configura uma importante ferramenta para melhoria da comunicação e segurança do paciente no transoperatório.

Segundo Tostes e colaboradores (2016) para incorporação da lista de verificação de segurança cirúrgica há que se reconhecer aspectos mais amplos da micropolítica institucional que influenciam neste processo pelos serviços de saúde, a saber: gestão, liderança, planejamento, educação, auditoria e feedback à equipe do centro cirúrgico.

E mediante a análise dos domínios do SAQ tornou-se possível avaliar a percepção sobre o clima de segurança sobre a ótica dos profissionais participantes onde os resultados revelaram um panorama de fragilidade em todos os seis domínios avaliados indicando a necessidade de aprimoramento e mudanças na organização de forma que políticas sejam instauradas na identificação de fatores contribuintes para estabelecimento de ações voltadas a prática efetiva da cultura de segurança na instituição.

Trabalhar as sete bases conceituais definidas por Sammer (2010) já apresentadas no presente estudo, a saber: o trabalho em equipe, a prática baseada em evidencias, a comunicação, o aprender com os erros, a liderança, a justiça e o trabalho centrado no paciente será de fundamental importância para o entendimento e fortalecimento da cultura de segurança na organização.

Ações deverão estar focadas no incentivo e reconhecimento de práticas que possam fortalecer a cultura não punitiva e no entendimento de que todos os profissionais fazem parte do sistema e que é hoje uma prioridade a implantação de medidas direcionadas ao trabalho em equipe, na melhoria da comunicação e na construção de protocolos referenciais de práticas seguras baseadas em evidencias na constituição de um ambiente mais seguro.

Os resultados analisados nesta etapa da pesquisa puderam mostrar a necessidade de fortalecimento da cultura de segurança do paciente dentro da organização definindo-se como uma importante estratégia na garantia da adesão ao Protocolo para Cirurgia Segura.

Reconhecidamente, os resultados apresentados apontaram que apenas aplicar um lista de verificação com etapas e processos anestésicos-cirúrgicos definidos não será suficiente para garantia de oferta a uma assistência cirúrgica segura, mas, primariamente, a instituição deverá reconhecer que será imprescindível ocorrer uma mudança na cultura de segurança onde todos os profissionais da equipe cirúrgica e os ligados a gestão da organização compreendam a necessidade e os benefícios do protocolo de segurança cirúrgica para todos os envolvidos.

Corona & Peniche (2015) também concluíram através de seu estudo que a cultura de segurança do paciente assume papel determinante na adesão ao protocolo de cirurgia segura entendendo que a assistência cirúrgica se configura como um cenário complexo e dinâmico onde o potencial de ocorrência de incidentes, erro se falhas com o paciente é elevado.

Sua implantação em processos complexos e suscetíveis a erros representa um dos maiores avanços na área de segurança do paciente tornando possível a redução de eventos adversos cirúrgicos, melhorar a qualidade do cuidado prestado, a comunicação e o trabalho em equipe (TOSTES et al., 2016).

Corona & Peniche (2015) apud Gawande (2011) citam que as estruturas organizacionais e humanas influenciam comumente na ocorrência de incidentes graves na assistência cirúrgica como: a inexperiência do cirurgião, baixo volume hospitalar de cirurgia, carga excessiva de trabalho e fadiga dos profissionais, tecnologia inadequada, deficiência na supervisão de estagiários, falhas na comunicação entre os profissionais, horário de realização do procedimento e falhas administrativas.

Neste sentido, esses aspectos uma vez relacionados ao clima de segurança foram considerados para a confecção do checklist de segurança cirúrgica (etapa IV) e por compreender que seriam importantes no desenvolvimento estratégico de sua implantação.

Compreende-se que para a adoção de padrões de segurança a serem operacionalizados por uma lista de verificação de segurança cirúrgica garantindo a adesão aos processos fundamentais do cuidado cirúrgico requer envolvimento dos profissionais de saúde e líderes de uma organização.

A adesão a lista de verificação de segurança cirúrgica está intimamente ligada ao clima de segura de uma organização onde o sucesso de sua operacionalização pode ser a ela atribuído, sendo um equívoco acreditar que a simples inserção de um checklist de segurança cirúrgica possa garantir cuidado seguro em um processo tão complexo como o desenvolvido em um ambiente operatório.

Desta forma, é imprescindível que os serviços de saúde se comprometam com a promoção de uma cultura de segurança quando se tem em vista a implementação de um programa e protocolos de segurança cirúrgica.

Os resultados apresentados nortearam a condução metodológica da presente pesquisa, subsidiando o alinhamento no seguimento as fases subsequentes e ainda, norteando para necessidade de intervenção na promoção da cultura de segurança institucional com vista a alicerçar a implantação do *checklist* de segurança cirúrgica.

Planeja-se que a partir dos resultados obtidos, que ações possam ser alinhadas junto à organização com foco em um plano de melhorias para o desenvolvimento da cultura de segurança institucional.

ETAPA II:

- Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS para a construção de um esboço do checklist (instrumento adaptado).
- Pré-Teste através da aplicação da simulação no emprego do checklist adaptado

Elaboração do esboço da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica:

Analogamente a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS o esboço do *checklist* foi dividido em três fases, cada uma correspondendo a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico - Antes da indução anestésica (Entrada/ SIGN IN), o período compreendido após a indução e antes da incisão cirúrgica, Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica/ TIME OUT) e o Antes do paciente sair da sala operatória (SIGN OUT).

Objetivou-se seguir os princípios da simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração na elaboração da ferramenta.

Inicialmente, foi feito um levantamento dos itens dispostos em cada uma das três etapas da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS e avaliados os itens específicos a serem considerados dentro do cotidiano da cirurgia oftalmológica e ainda, itens do *checklist* com possibilidade de supressão da lista original de verificação.

Na primeira fase, foram elencados alguns itens considerados imprescindíveis presentes na Lista de Verificação da OMS e comuns a realidade cirúrgica, independente da especialidade; tais como: os dados de identificação do paciente, confirmação do procedimento e local da cirurgia, demarcação visual do sítio cirúrgico; consentimento cirúrgico, verificação de equipamentos de anestesiologia dentre outros; história de reações alérgicas conhecidas e verificação da segurança anestésica (vias aéreas, risco de aspirações, medicamentos, etc.).

Dados relacionados a avaliação de perda sanguínea não foram contemplados a constar no esboço do *checklist* tendo em vista que, especificamente, nas cirurgias oftalmológicas não está prevista a perspectiva de perdas sanguíneas acima de 500 ml ou 7ml/kg em crianças.

Esses elementos essenciais acima descritos foram incluídos na primeira fase (SING IN) da lista de verificação em construção por serem considerados elementos essenciais e de checagem obrigatória.

Na construção do *checklist,* ênfase foi dada as questões relacionadas aos dados de Identificação do Paciente sendo definida sua verificação em três momentos; juntamente com ao paciente, em formulário institucional (*identificado como "CAP')* preenchido na admissão e junto a pulseira/bracelete de identificação instalada na admissão do paciente.

Ainda, na sinalização do sítio cirúrgico, foi aplicada uma denominação específica: "Confirmação do olho a ser operado" de forma a simplificar e objetivar o uso da ferramenta.

A confirmação da acessibilidade aos exames oftalmológicos, clínicos e de imagem foram sugeridos para checagem nesta primeira fase da lista de verificação conforme da rotina institucional que prioriza a checagem desses itens na admissão do paciente no espaço *Day Clinic* onde é realizada a entrevista pré-operatória pelos profissionais de enfermagem; antecedendo a entrada do paciente na área de recepção pré-anestésica. Logo, foi considerada a necessidade de inclusão dos itens no SIGN IN como elementos prioritários a serem checados antes da indução anestésica.

O segundo momento da lista de verificação, a pausa cirúrgica, ficou esboçado com itens relacionados aos dados de identificação do paciente (paciente correto), sítio cirúrgico (demarcação da lateralidade) e procedimento correto.

Durante discussões relacionadas com os participantes, na elaboração do *checklist* adaptado a realidade oftalmológica surgiu à necessidade de inclusão de itens específicos como: a confirmação do olho a ser operado de acordo com o mapa operatório, a checagem da Lente Intraocular (LIO) e/ou prótese conforme mapa cirúrgico e a confirmação da LIO juntamente com o cirurgião.

Inicialmente foi excluído do *checklist* esboçado dados referentes à confirmação de antimicrobiano profilático nos últimos sessenta minutos da incisão cirúrgica tendo em vista que a maioria das cirurgias ocorrem em tempo operatório muito curto (menor que sessenta minutos) e ainda, por ser o uso de antibiótico tópico profilático um tema controverso nos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos com vista à redução de infecção.

Vale ressaltar que este item será mais bem avaliado quanto a sua inclusão no checklist de segurança cirúrgica durante o seguimento das fases subsequentes da pesquisa.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia, a Associação Médica Brasileira e a Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR) apontam diretrizes com evidências favoráveis em cirurgias refrativas e de catarata ao uso profilático de antibiótico no pré-operatório (colírio) e intracameral no per operatório (irrigação) na redução de contaminação bacteriana no pós-operatório, porém, quando considerado a consistência,

quantidade, magnitude e precisão dos resultados desse benefício, o direcionamento quanto a sua utilização fica sob autonomia do médico oftalmologista.

Um recente estudo multicêntrico da Europa defende fortemente a utilização de agentes de antibiótico intracameral no final da cirurgia de catarata; sendo realizado um estudo com abordagem de 'Delphi-painel' para o levantamento de um grupo de 14 oftalmologistas considerados líderes de opinião de 5 países da América Latina (Brasil, México, Colômbia, Venezuela e Argentina) na profilaxia antimicrobiana em diferentes tipos de cirurgia ocular (ABBAD et al., 2010).

A preocupação com a esterilidade dos artigos médico-hospitalares foi definida na checagem do item de verificação referente ao uso de integradores químicos.

Por fim, a terceira etapa da lista de verificação foi definida com a checagem do registro do procedimento realizado, identificação do paciente através da pulseira, identificação de amostras para anatomia patológica e preocupações essenciais para recuperação pós-operatória. Especificamente, foi necessário incluir um item direcionado a verificação das condições clínicas do paciente de encaminhamento para a unidade pós-operatória. Este item foi incluso após avaliada a necessidade de direcionar atenção a verificação das condições clínicas do paciente antes de sua saída da sala operatória uma vez que após seu encaminhamento a enfermaria ou quarto este recebe alta hospitalar ainda no período do pós-operatório imediato.

Figura 03: Modelo preliminar de criação - Esboço do checklist de segurança cirúrgica especializado para cirurgias oftalmológicas

SIGN IN Antes da anestesia	Sim	Não	NA	TIME OUT Antes da cirurgia	Sim	Não	NA	SIGN OUT Após aa cirurgia	Sim	Não	NA
Identificação do paciente realizada com o próprio				Identificação do paciente com a pulseira				Nome do procedimento realizado			
Identificação do paciente realizada com o CAP				Presença do integrador físico				Pulseira íntegra e identificada corretamente			
Identificação do paciente com a pulseira				Confirmação do olho a ser operado com o mapa				Peça cirúrgica identificada e requisição preenchida			
Confirmação do olho a ser operado				Sítio Cirúrgico demarcado				Confirmação de prioridades do UPO			
Sítio Cirúrgico demarcado				LIO / Prótese de acordo com o mapa				Paciente em condições de encaminhamento			
Procedimento confere com o CAP				LIO / Prótese confirmado com o cirurgião							
Paciente tem alguma alergia				Equipe completa							
Exames Oftalmológicos com o paciente											
Exames Clínicos com o paciente											
Consentimento cirúrgico assinado											
Verificação da segurança anestésica											
Equipamentos funcionantes											

NOME DO PACIENTE	ASSINATURAS
	1. 2.

Instrumento confeccionado como esboço do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica. Fonte: Ribeiro, 2017

Pré-Teste através da aplicação da simulação no emprego do checklist adaptado

O uso da simulação como recurso didático metodológico foi aplicado com base em situações do cotidiano, sendo elaborados "cases", ou seja; casos vivenciados na rotina de um centro cirúrgico oftalmológico sendo criados os cenários que se fizeram elementos- chave para a condução de todo o processo validação (pré-teste) e capacitação dos profissionais.

Vale ressaltar que houve dificuldade de recriar cenários próximos a realidade configurando-se uma limitação para o desenvolvimento da simulação sendo compreendido que seria impossível copiar exatamente uma situação real vivenciada no cotidiano cirúrgico oftalmológico frente às inúmeras variáveis existentes.

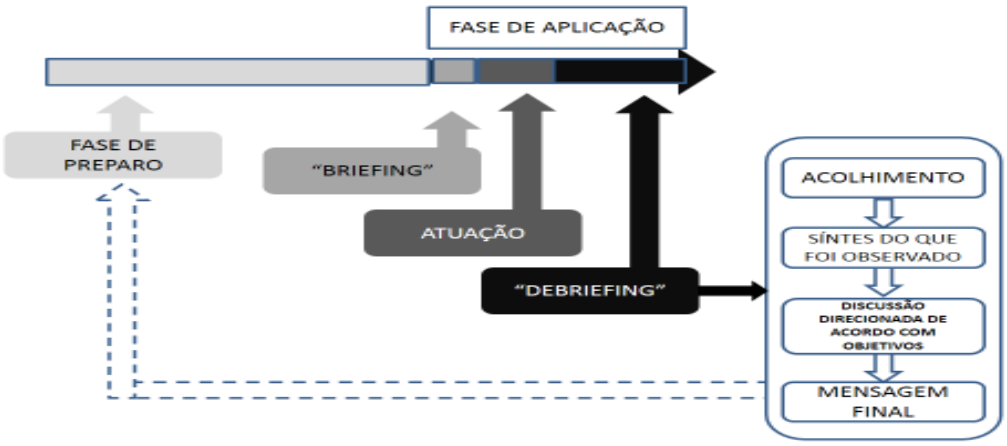
Desta forma, os "cases" elaborados emergiram de discussões realizadas previamente a data da simulação com base em um levantamento minucioso de necessidades de aprimoramento profissional frente ao *checklist* de cirurgia segura adaptado para a realidade oftalmológica e baseado no checklist sugerido pela OMS.

Foram elencados aspectos como: a identificação segura do paciente (nome/ ocorrência de homônimos/ identificação por pulseira/etiqueta), sinalização de lateralidade (olho a ser operado), registro de ocorrência de sinais e/ou sintomas indicativos de risco para realização do procedimento cirúrgico, preparo pré-operatório, checagem das lentes intraoculares, procedimento cirúrgico proposto, equipamentos e instrumentais disponíveis e em condições de uso, dentre outros aspectos relacionados ao transoperatório.

A simulação ocorreu em uma manhã de sábado, no período de 8 às 12 horas, em um dia onde não havia agendamento de procedimentos cirúrgicos assumindo como cenário o centro cirúrgico da instituição.

Para condução da metodologia de simulação aplicada à capacitação dos profissionais no emprego do *checklist* de segurança cirúrgica a dinâmica foi dividida em duas fases: Fase de Preparo e Fase de Aplicação (Figura 4) seguindo as etapas, fases e componentes de aplicação de uma atividade de simulação referenciadas do Pazin e Iglesias (2015).

Figura 4: Etapas, Fases e Componentes de aplicação de uma atividade e simulação.



Fonte: PAZIN e IGLESIAS (2015). Figura 4: ilustra proporcionalmente as fases de preparo e aplicação. Pode-se observar que a FASE DE PREPARO tem duração maior do que a FASE DE APLICAÇÃO. O mesmo é válido para os componentes da FASE DE APLICAÇÃO, sendo que o "briefing" deve ser curto e objetivo (5 a 10 minutos), a atuação não deve ultrapassar 10 a 15 minutos e o "debriefing" não deve ultrapassar 40 minutos, totalizando 1 hora. No "*debriefing*" há um processo a ser seguido para orientar a discussão que está ilustrado na FIGURA4. Finalmente, observar que a atividade quando concluída pode identificar problemas na sua execução ou levantar novos questionamentos que possam ser acrescentados, e que isso leve à retroalimentação para ser considerado na FASE DE PREPARO.

FASE DE PREPARO:

- **Identificação e Elaboração do conteúdo a ser transmitido com a definição de pontos a serem abordados na simulação**
- **Definição da técnica e estratégia aplicada na capacitação no emprego do *checklist* de segurança cirúrgica adaptado a oftalmologia.**

Na fase de preparo, foram realizadas diversas reuniões com a gerencia de enfermagem da unidade para alinhamento dos pontos a serem abordados durante a simulação, sendo considerados nesta fase, a identificação de elementos determinantes para assistência cirúrgica segura e que deveriam estar contemplados durante a dinâmica e inseridos na elaboração dos "cases" de forma que cenários pudessem ser recriados espelhados na realidade vivenciada pelos profissionais no cotidiano cirúrgico oftalmológico.

Para criação dos cenários, foram consideradas as práticas "altamente recomendadas" sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sendo definidas como ações baseadas em evidencia clínica ou que na opinião de especialistas conferem capacidade em reduzir as chances de danos cirúrgicos sérios e preveníveis.

Criados três cenários diferenciados denominados "estações de habilidades" levando em consideração a compreensão dos eventos sequenciais desde a admissão pré-operatória até a alta hospitalar do paciente, retratando o planejamento de uma assistência clara onde pudesse ser possível a compreensão dos eventos perioperatórios envolvendo desde a identificação

segura do paciente (nome/ ocorrência de homônimos/ identificação por pulseira/etiqueta), aplicação do consentimento informado, verificação do local cirúrgico (demarcação da lateralidade), checagem das lentes intraoculares (LIO), procedimento correto, preparo pré-operatório, registro de ocorrência de sinais e/ou sintomas indicativos de risco para realização do procedimento cirúrgico, disponibilidade de exames pré-operatórios (imagens diagnosticas apropriadas e disponíveis), a verificação da integridade do equipamento anestésico e da disponibilidade dos medicamentos de emergência, a preparação adequada para os possíveis eventos, outros aspectos relacionados ao transoperatório até a alta hospitalar.

Juntamente com os participantes, definido os papéis de cada um na simulação com a aplicação do checklist levando em consideração as situações propostas previamente para acontecerem em cada "case".

Foi o momento oportuno para identificação de facilidades e/ou dificuldades no manejo e entendimento do checklist como ferramenta de segurança cirúrgica e análise dos itens nele contido.

FASE DE APLICAÇÃO:

- Realização de uma oficina de simulação determinada em três tempos (Briefing (exposição), Ação e Debriefing.

1º Tempo: Briefing (Exposição): Os participantes foram apresentados a dinâmica proposta de forma clara, objetiva e sucinta sendo conscientizados dos passos definidos da tarefa a ser realizada.

2º Tempo: Ação: Tarefa realizada de forma prática sendo realizadas pelo instrutor (pesquisador) e demais participantes. Os cumprimentos dos passos pré-estabelecidos foram cumpridos e auxiliaram na etapa de *feedback*.

Foi utilizado um grupo de profissionais da instituição para atuar como atores no ambiente que pretendia imitar a vida real, incorporando o tema discutido em estações práticas.

Divididos em três grupos sendo compreendidos; dois grupos com seis e um grupo com cinco participantes. A pesquisadora participou como moderadora no gerenciamento dos "cases" e cada grupo foi liderado por um enfermeiro.

O tempo pré-determinado para cada "estação de habilidades" foi de 45 minutos com 15 minutos para discussões sobre a simulação, devolutivas e avaliação da atividade pelos participantes sobre a metodologia utilizada, sendo registradas pela pesquisadora as observações em cada fase de aplicação da simulação.

Para análise dos resultados evidenciados foram elencados os elementos fatoriais da simulação, ou seja, apontamentos retratados durante a realização da atividade e discussões com os participantes no *debriefing* de cada estação de habilidades.

Informações referentes no emprego correto do *checklist* de segurança cirúrgica foram estratificadas em cada "case" criado de forma planejada com a intenção de não sobrecarregar a capacidade dos participantes na retenção das informações repassadas.

Ao logo da dinâmica, incorporadas novos conceitos e complexidades conforme o sucesso na dinâmica sugerida.

Utilizado um diário de campo para registro das anotações relativas a situações vivenciadas durante o treinamento simulado identificando as facilidades e dificuldades apresentadas no emprego do *checklist* durante todo o período programado para realização da simulação; interagindo com os sujeitos da pesquisa, compartilhando de suas experiências e preocupações e a partir disso, possibilitar a identificar elementos fundamentais a constar no *checklist* de cirurgia segura adaptada a oftalmologia.

A partir das anotações realizadas durante a simulação foi realizada uma análise crítica do *checklist* adaptado ao contexto cirúrgico oftalmológico quanto a sua aplicabilidade e funcionalidade /efetividade de forma a possibilitar a revisão dos itens elencados neste, permitindo ajustes posteriores.

3º Tempo: Debriefing: Realizado *feedback* junto aos participantes sendo discutidas as facilidades e dificuldades apresentadas durante a simulação no emprego do *checklist*.

A habilidade de dar e recebe *feedback* melhora os resultados da aprendizagem fornecendo a base para o aprendizado auto direcionado, induzindo a uma reflexão crítica, auxiliando o aprendiz na correção de seus erros, reforçando comportamentos desejáveis e apresentando os pontos e melhoria. (PAZIN e IGLESIAS, 2015, apud ZEFERINO e AMARAL, 2007).

Para melhor compreensão e análise dos resultados, alguns componentes essenciais de segurança cirúrgica foram identificados durante a técnica de simulação sendo subdivididos em sete itens de observação: Instrumento (*Checklist* de segurança cirúrgica), Identificação segura do paciente, Identificação do procedimento cirúrgico, Demarcação do sítio cirúrgico, Métodos para prevenção da infecção do sítio cirúrgico, Identificação de espécimes cirúrgicos e Cultura de trabalho em equipe /comunicação.

Apontamentos com base na observação participante e situações retratadas pelos próprios participantes referente às facilidades e dificuldades apresentadas na aplicação do checklist de segurança cirúrgica estão categorizadas no quadro demonstrativo abaixo.

Com base na observação participante realizada durante a atividade de simulação anotações foram sendo constituídas em um diário de campo para em seguida serem analisadas

A realização do pré-teste do checklist apoiado na metodologia de simulação tornou possível à identificação e análise da ferramenta a despeito das facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem durante a simulação no seu manejo do checklist e a partir disso, sendo possível reconhecer a necessidade de sua reestruturação.

Para melhor compreensão e análise dos resultados, alguns componentes essenciais de segurança cirúrgica foram identificados durante a técnica de simulação sendo subdivididos em oito itens descritos (quadro 14) que durante a atividade apoiaram as anotações em um diário de campo.

Quadro 14: Descrição das facilidades e dificuldades evidenciadas durante o pré-teste:

ITEM	FACILIDADES	DIFICULDADES
Instrumento: Checklist de Verificação de Segurança Cirúrgica Oftalmológica	Checklist simples e de fácil utilização; compreendido por todos os profisssionais quanto a sua funcionalidade	O checklist não apresenta clareza na verificação de alguns itens e não orienta quanto a responsabilização do cuidado em cada tempo de aplicação
		Fluxos operacionais de aplicação do checklist em divergência aos três tempos de aplicação do checklist (verificação/confirmação/registro)
		Recursos Humanos: Equipe cirúrgica não participa completamente do "Time out". Baixa adesão do médico cirurgião a aplicação do checklist
		Dificuldade de mensuração do tempo total estimado de aplicação do checklist. Time Out com tempo médio de 3-4 min sendo referida a possibilidade de atrasos no mapa cirúrgico implicando na adesão do cirurgião ao protocolo.
Identificação do Paciente	Protocolo de identificação do paciente encontra-se instituído garantindo checagem segura no ato da admissão através de uma pulseira (bracelete) posicionada no braço esquerdo	Alinhamento do cuidado cirúrgico no perioperatório relacionado ao paciente idoso submetido a procedimento cirúrgico oftalmológico
		Dificuldade de checagem das pulseiras de identificação no "Time out" ficando encobertas por campos operatórios
		Identificação do paciente não confirmada verbalmente com o próprio na entrada do paciente no ambiente operatório (sign in)
Identificação de Riscos	Identificação de risco de queda e alergia realizado através de pulseiras nas cores padronizadas pelo Ministério da Saúde e por meio do registro no prontuário.	Não evidenciado revisão de plano de cuidados no pós-opertório aos pacientes com risco de queda.
Procedimento Cirúrgico	Verificação realizada pela equipe cirúrgica na entrada do paciente (sign in) e na pausa cirúrgica sendo	Verificação do item referente ao procedimento cirúrgico programado realizado no "Sign in" e no "Time out" de pela equipe cirúrgica de forma fragmentada e individualizada.
Demarcação do Sítio Cirúrgico	Existe preocupação por parte da equipe cirúrgica na marcação da lateralidade sendo um procedimento de verificação executado pelos profisionais desde a admissão do paciente no espaço "Day Clinic" até o momento de pausa cirúrgica (Time out); Uso de caneta dermatológica apropriada	A marcação da lateralidade se utiliza de símbolos que identificam não somente o lado a ser operado mas, orientam quanto tipo de de LIO (lente intraocular) a ser aplicada. As simbologias utilizadas são questionáveis conforme protocolo da OMS uma vez que podem gerar ambiguidades
Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico	Garantida a verificação de itens essenciais a prenção de infecção do sítio cirúrgico durante a aplicação do checklist	Ausência da participação do enfermeiro no plano de cuidados pós-operatórios e orientações relacionadas a prevenção de infecção do sítio cirúrgico
Identificação de Espécimes Cirúrgicos	Identificação segura dos frascos de espécimes ocorrecom o paciente ainda em sala operatória	Identificação não confirmada verbalmente com todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico
Cultura de Trabalho em Equipe e Comunicação	Envolvimento da equipe na adesão ao protocolo de cirurgia segura e aplicação do checklist em 100% dos procedimentos cirúrgico realizados	Comunicação inefetiva entre os membros da equipe cirúrgica onde não há verificação conjunta dos itens essenciais do cheklist a segurança cirúrgica

Dados extraídos da própria pesquisa. Fonte: Ribeiro, 2017.

→ **<u>Instrumento: Checklist de segurança cirúrgica</u>**

Foi possível identificar através das estações de habilidades que de maneira geral os participantes compreendiam a utilização e funcionalidade da lista de segurança cirúrgica; não apresentando dificuldades para o entendimento de seus itens demonstrando domínio no seu emprego; este fator foi caracterizado como um facilitador para a implantação da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Os participantes não relataram dificuldades na compreensão dos itens do checklist. Entretanto, apontaram dificultava de correlacionar o item ao momento de verificação tendo em vista, que muitos elementos de checagem já se apresentavam como ação no espaço *day clinic* e não propriamente no ambiente operatório.

Desta forma, o checklist adaptado ao cenário da oftalmologia indicou a necessidade de ajustes onde foi sugerido pelos participantes a inclusão e mudanças em alguns itens de forma a trazer maior clareza quando na verificação assim como, na disposição deste no layout de apresentação convergente ao momento de checagem a exemplo; na checagem referente a possíveis alergias conhecidas no paciente que apesar do item ser claro quanto ao desfecho da pergunta, o instrumento impossibilita o registro dos alérgenos; o termo de consentimento está direcionado, exclusivamente, ao consentimento cirúrgico embora exista um termo de consentimento anestésico na instituição; a verificação de segurança anestésica não indica quais itens de segurança essenciais deverão ser considerados; dentre outros.

Durante a atividade de simulação pode ser evidenciado o fluxo de atendimento ao paciente no período perioperatório sendo constatado que os itens descritos de verificação nos três tempos propostos – Sign in (entrada), *Time out* (pausa cirúrgica) e *Sign out* (saída) ocorria de forma fragmentada.

O preenchimento do checklist de segurança cirúrgica já era inicializado na abordagem ao paciente no ambiente "*day clinic*" um espaço contíguo ao centro cirúrgico e não propriamente no ambiente cirúrgico onde itens de segurança eram checados exclusivamente pela equipe de enfermagem.

A presença do anestesiologista somente ocorria na sala de recepção pré-anestésica sendo somente possível a verificação do item referente a segurança anestésica, presente na primeira etapa do checklist, neste momento e não no espaço "*day clinic*".

Aspectos como a baixa adesão dos cirurgiões ao uso do *checklist* de cirurgia segura foram sendo evidenciado durante a simulação pela equipe de enfermagem demonstrando ser um item de fragilidade.

Na representação simulada, os participantes retrataram a figura do cirurgião em atuação na sala operatória onde o mesmo, ao entrar confirma o olho a ser operado e nome do paciente juntamente com a técnica de enfermagem circulante já encontrando o paciente posicionado na mesa operatória, com campos cirúrgicos sobrepostos e a área a ser operada exposta.

Não foi retratado o momento da "Pausa cirúrgica" / "*Time out*"; período onde se realiza uma pausa momentânea para verificação de itens essenciais a segurança do paciente envolvendo a participação do cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem.

Outro aspecto apresentado durante a atividade esteve relacionado ao tempo estimado da aplicação do instrumento frente ao curto período transoperatório com que a maioria dos procedimentos oftalmológicos ocorrem e ao número de procedimentos cirúrgicos diários realizados. Muitos alegaram que o tempo necessário a aplicação do checklist atrasaria o curso cirúrgico sendo um aspecto de relevância a não adesão por parte do cirurgião.

→**Identificação segura do paciente**

No momento de chegada do paciente ao centro cirúrgico foi considerado um momento importante pelos participantes, sendo dramatizado os procedimentos protocolares de identificação do paciente desde a sua admissão no espaço "Day Clinic", anterior a sua entrada no Centro Cirúrgico, sendo o paciente identificado através da pulseira e quanto aos riscos de alergia e queda, realizada a demarcação do sítio cirúrgico, checagem do procedimento proposto e o termo de consentimento se corretamente preenchido e devidamente assinado.

Neste momento, evidenciado como um fator de fragilidade o processo de identificação segura quando não houve o envolvimento do paciente e seu acompanhante no processo de identificação.

Ainda, verificado que participantes não identificaram a existência de pacientes homônimos no mapa cirúrgico sinalizando para a necessidade de atenção a verificação de um segundo identificador.

→**Identificação do procedimento cirúrgico**

O terceiro item de observação, 'Identificação do procedimento cirúrgico', é retratado como um dado de suma relevância pelos participantes sendo checado nas três etapas do checklist de segurança cirúrgica, porém, evidenciou-se a verificação do item de forma fragmentada, individualizada por cada componente envolvido.

→**Demarcação do sítio cirúrgico**

Na atividade simulada, a 'demarcação do sítio cirúrgico' demonstrou preocupação dos participantes quando na verificação deste item, tendo em vista ser um procedimento que

requer grande atenção e assim, exercendo obrigatoriedade de conferência deste item com os dados do mapa cirúrgico, exames pré-operatórios e encaminhamento médico para a cirurgia.

Evidenciado, a demarcação da lateralidade na chegada do paciente, no espaço “day clinic” onde um profissional da equipe de enfermagem realiza a demarcação do sítio operatório e em seguida, a demarcação é checada na sala de recepção pré-anestésica pelo anestesista e novamente, pela equipe de enfermagem.

Verificou-se que a demarcação do local cirúrgico na instituição cenário se dá através da marcação com uma caneta dermográfica da lateralidade (olho direito/ olho esquerdo) pela equipe de enfermagem ainda no espaço “day clinic” e conferida novamente pela equipe de enfermagem e anestesiologista na sala de recepção pré-anestésica.

A demarcação da lateralidade no momento do “time out” não é efetuada com todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico.

Outro aspecto que demonstrou preocupação foi a possibilidade de ambiguidades na identificação da demarcação do sítio cirúrgico; utilizando-se de símbolos como "X", "+", “⊕ “, “● “ simbologias não recomendada pela OMS.

Evidenciado na rotina institucional que a demarcação padronizada para uso não indicava somente o olho a ser operado (lateralidade) mas, conferia orientação quanto ao tipo de lente intraocular a ser utilizada.

→**<u>Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico</u>**

Métodos de prevenção e controle de infecções cirúrgicas se fizeram presentes nas atividades de simulação sendo verificado a preocupação dos participantes em todos os cenários de simulação na verificação dos elementos de validação de artigos esterilizados assim como, nos questionamentos realizados na admissão do paciente quando a tratamentos prévios realizados para tratar causas infecciosas.

→**<u>Identificação de espécimes cirúrgicos</u>**

Ações relacionadas a identificação segura de espécimes cirúrgicos estiveram presentes como um item de relevância referenciado pelos participantes na etapa de registro, antes da saída do paciente da sala operatória. Revelaram não ocorrer em conjunto com todos os membros da equipe, mas que a identificação dos frascos ocorre ainda quando o paciente se encontra em sala operatória.

→**<u>Cultura de trabalho em equipe e comunicação</u>**

Inconsistências observadas durante a simulação, no momento do “time out”, demonstrou comunicação inefetiva entre a equipe cirúrgica não havendo envolvimento de todos os membros na checagem dos itens de segurança essenciais nesta fase do checklist.

Ainda, não foi observado o engajamento da equipe no delineamento do plano de cuidados para o paciente no pós-operatório.

Evidenciada a necessidade de trabalhar a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e os aspectos que envolvem a comunicação por compreender que esses elementos são essenciais a segurança cirúrgica.

O uso da simulação no exercício da retratação de cenários permitiu exercitar ações propostas em um ambiente controlado e ainda, oportunizar um *debriefing* entre os participantes sobre as situações vivenciadas no cotidiano tornando possível não somente o treinamento fundamentado na aplicação dos elementos essenciais do checklist, mas ainda, estimulo ao desenvolvimento de um trabalho em equipe e da comunicação como elementos fundamentais na segurança e na qualidade do cuidado.

A simulação retratou fragilidades como; a baixa adesão dos cirurgiões ao protocolo de cirurgia segura, a necessidade de revisão dos itens do checklist de segura cirúrgica utilizado, a uniformização no preenchimento do checklist por todos os profissionais envolvidos e a revisão da simbologia utilizada pela instituição na demarcação da lateralidade.

Como metodologia de ensino permitiu uma experiência única de ensino-aprendizagem de forma interativa aos profissionais de enfermagem e a partir dela propiciou o aperfeiçoamento e desenvolvimento de habilidades como, na aplicação do checklist de cirurgia segura, reconstruindo o conhecimento indispensável a atuação profissional e a segurança do paciente.

A fragmentação da informação percebida durante vários momentos da atividade simulada apontou para a necessidade de desenvolvimento de medidas efetivas na melhoria do trabalho em equipe e na comunicação. Ainda, mostrou a necessidade de refletir acerca do engajamento dos pacientes e/ou familiares como uma estratégia de segurança.

Esta etapa da pesquisa revelou a necessidade de modificações no modelo preliminar esboçado do checklist onde a partir do relato de experiência dos profissionais foi possível perceber a necessidade de reestruturação no instrumento com a inclusão e/ou exclusão de alguns itens antes considerados na sua elaboração.

ETAPA III:

- Aplicação do checklist adaptado no centro cirúrgico.
- Observação não participante das facilidades e dificuldades apresentadas com o emprego do checklist adaptado no centro cirúrgico e revisão do mesmo conforme necessidade de ajuste.

Para análise e interpretação dos resultados encontrados no desenvolvimento da etapa III, as observações foram descritas conforme o momento de aplicação do *checklist* seguindo o caminho do paciente desde a sua admissão até a sua saída do ambiente operatório quando findada a aplicação do checklist.

→ Espaço "*Day Clinic*"

Durante o momento de observação da aplicação do *checklist* pode ser observado que a abertura do protocolo de segurança cirúrgica iniciava-se na sala de admissão do paciente, no espaço *day clinic*, área contígua ao ambiente operatório.

Elementos de verificação referentes a etapa destinada a Identificação ou *Sign in*, antes da indução anestésica, como: a identificação do paciente, procedimento cirúrgico, sítio operatório, assinatura dos termos de consentimento cirúrgico e anestésico, verificação de riscos de alergia e queda e disponibilidade de exames pré-operatórios clínicos e oftalmológicos eram neste momento verificados junto ao paciente e seu familiar.

Vale ressaltar que no espaço *day clinic* esses procedimentos são gerenciados pela equipe de técnicos de enfermagem, exclusivamente, onde inclusive realizam a demarcação da lateralidade do sítio operatório sendo confirmada através do mapa cirúrgico e juntamente com o paciente e ainda, realizada a antissepsia da região periocular e a aplicação de colírios dilatadores e pré-anestésicos.

Não ocorre avaliação de risco associados à via aérea difícil e a verificação de funcionamento de equipamentos, a exemplo, o oxímetro de pulso, itens que somente serão checados no ambiente operatório. Neste espaço, não há equipamentos ou mesmo a presença do anestesiologista para avaliação de riscos anestésicos; onde estes itens somente serão checados na entrada do paciente na sala de recepção pré-operatória.

Pancieri, et al. (2014) cita que a etapa de Identificação ou *Sign in*, conforme modelo proposto da OMS, deverá ser realizada no momento que precede a indução anestésica e em conjunto com a equipe de anestesiologia, sendo verificado verbalmente a identidade do paciente, o procedimento, o local da cirurgia, consentimento assinado para o procedimento, a sinalização do lado correto da cirurgia, a conferencia do oxímetro de pulso colocado corretamente no paciente e em funcionamento assim como, a análise de risco associado a vias

aéreas de difícil acesso, risco de perda sanguínea ou de reação alérgica, de modo a garantir a segurança durante o procedimento anestésico.

Neste contexto, avaliou-se que apesar de alguns elementos essenciais a segurança cirúrgica serem verificados no espaço *day clinic* não há como considerar a inicialização do checklist de segurança cirúrgica neste momento de abordagem ao paciente uma vez, que a ausência da equipe de anestesiologia envolvida poderia comprometer a segurança do paciente.

Uma vez considerada a possibilidade de envolvimento da equipe de anestesiologia desde a admissão do paciente no espaço *day clinic*, a etapa de Identificação ou *Sign in*, poderia ser prevista a sua realização nesta área.

→ **Recepção Pré-Anestésica (RPA):**

No ambiente operatório, na sala de recepção pré-anestésica, o paciente é recebido pela equipe de enfermagem e pelo anestesiologista onde há um segundo momento de verificação dos itens que compõem a primeira etapa do checklist de segurança cirúrgica (*Identificação ou Sign in*).

Verificou-se que a abordagem ao paciente foi conduzida de forma individualizada pelo anestesista e pela equipe de enfermagem, sendo por ambos, realizada uma verificação silenciosa da identificação do paciente, procedimento proposto, local cirúrgico e registro de alergias, não sendo observada interação conjunta da equipe na checagem verbal dos itens essenciais de segurança dispostos no *checklist* adaptado à oftalmologia.

Neste momento, a equipe de enfermagem inicializa o preenchimento da primeira etapa do *checklist* (Identificação ou *Sign in*) propriamente dito.

No que tange à verificação de segurança anestésica, falhas na sua avaliação podem resultar em complicações anestésicas, principais causas de mortalidade antes e durante a cirurgia (FREITAS, et al. 2014).

Assim, os eventos críticos anestésicos previstos precisam ser discutidos de forma conjunta, envolvendo toda a equipe cirúrgica, sendo compreendido que a comunicação inefetiva pode gerar eventos adversos trazendo danos ao paciente.

Destaca-se especial atenção a demarcação do sítio cirúrgico realizada novamente na RPA devido à necessidade de marcação da lateralidade após a realização do preparo da pele (região periorbital) uma vez que as soluções antissépticas utilizadas podem provocar remover parcial ou total da sinalização de marcação do sítio.

Este item foi motivo de reflexão durante toda a pesquisa onde na etapa II quando realizado o pré-teste do modelo preliminar do checklist os participantes apontaram para um

protocolo institucional de demarcação do sítio cirúrgico onde trazia elementos que sugeriam possibilidade de erros ou mesmo, ambiguidades na leitura da informação.

O protocolo universal da OMS estabelece que os locais a serem operados sejam demarcados, principalmente os que envolvam lateralidade, em área próxima ao sítio operatório, claramente visível, sem ambiguidades, ou seja, que possa ser adotado pela organização o uso símbolos como o de uma seta apontando para o local a ser operado ou mesmo com a utilização das iniciais do cirurgião, sendo evitado a sinalização de uma cruz podendo denotar um local que não deve ser operado (OMS, 2009).

A simbologia da instituição trazia elementos de informação não somente quanto a lateralidade, mas também, ao tipo de lente intraocular a ser utilizada e apresentava sinais como a "cruz" simbologia incongruente as recomendações da OMS. Apesar disso, não foi constatada dificuldade no entendimento e emprego da sinalização institucionalmente empregada no cotidiano da unidade.

A demarcação da lateralidade é sugerida que seja realizada pelo cirurgião que realizará o procedimento, entretanto, considera-se que esta ação possa ser delegada a outra pessoa desde que esta, esteja presente durante o procedimento cirúrgico particularmente no momento da incisão (OMS, 2009).

Neste aspecto, foi encontrado um ponto de fragilidade onde a demarcação do sítio cirúrgico é realizada por profissionais da equipe de enfermagem na RPA que nem sempre acompanham o paciente na sala operatória; ou seja, o profissional delegado a executar a demarcação da lateralidade nem sempre estará presente no momento da antes da incisão. Foi constatado que os profissionais de enfermagem que atende ao paciente no espaço *day clinic* não são os mesmos que o acompanham na RPA e que também, não são os que o recebem na sala operatória, a exceção do cirurgião e anestesiologista.

Há a percepção que os procedimentos são executados de forma fragmentada e individualizada em cada em tempo do perioperatório.

Outro aspecto, o envolvimento ativo do paciente não se encontra bem definido no seguimento de checagem dos itens descritos na etapa de *Identificação ou Sign in* aplicada na RPA; onde a sua participação fica facultada a decisão individual de cada profissional.

Fortalecer o engajamento do paciente na etapa de *Identificação ou Sign in* é compreendida como uma estratégia de segurança a prevenção de erros.

→ Sala Operatória

O paciente quando encaminhado a sala operatória (SO) em companhia do técnico ou enfermeiro é recebido pela equipe técnica de enfermagem, cirurgião, anestesiologista, e instrumentador cirúrgico que prestará o cuidado durante o período transoperatório.

O posicionamento do paciente na cama operatória, adaptação do oxímetro de pulso e monitor cardíaco assim como a verificação de funcionamento de equipamentos necessários ao procedimento realizados pela equipe de enfermagem e anestesista foram avaliados como um procedimento de segurança valorizado na organização.

A sala cirúrgica possui um conjunto único de dinâmica de grupo em um ambiente complexo onde a possibilidade de erros pode estar além da técnica empregada devendo ser considerada questões relacionadas a falhas na comunicação, distração, problemas com equipamentos, planejamento e recursos disponíveis podem influenciar na segurança do paciente (LIMA, et al., 2013).

Em contrapartida, oportunidades de melhoria na realização da etapa de *Confirmação ou Timeout (antes da incisão na pele - pausa cirúrgica)* não sendo evidenciada a verificação coletiva do paciente, local e procedimento corretos pela equipe cirúrgica durante o "tempo de pausa".

Foi possível identificar que a re-checagem desses itens no *Time out* é realizada de forma individualizada onde o cirurgião realiza a verificação do paciente, procedimento e local cirúrgico junto ao mapa cirúrgico e informações dispostas em uma tela de LCD posicionada na sala operatória e impossibilidade de constatação da demarcação do sítio cirúrgico pelo mesmo devido aos campos operatórios que encobrem todo o rosto do paciente com exposição somente do olho a ser operado.

Conforme sugerido no protocolo universal da OMS, a pausa cirúrgica se define com a presença de todos os profissionais presentes na sala de operações e que irão participar ativamente do procedimento onde deverão se apresentar (nome e função); fazer a conferência, em voz alta, da identidade do paciente, do procedimento e da parte do corpo que será operada e em seguida, o cirurgião, o anestesiologista e o membro da equipe de enfermagem, verbalmente, revisam os pontos críticos para a cirurgia (PANCIERI et al., 2014).

A verificação de itens relacionados a identificação da efetividade de esterilização dos instrumentais cirúrgicos e disponibilidade de lentes intraoculares (implantes/próteses) foi uma preocupação evidente na equipe cirúrgica durante etapa de *Confirmação ou Timeout* sendo considerado uma atitude positiva focada na segurança do paciente.

Outro fator, relacionado à mensuração do tempo de aplicação total do checklist apresentou-se como um aspecto limitante nessa etapa da pesquisa. A fragmentação existente na aplicação do checklist nos três tempos de tempos do período perioperatório (sign in/time out/Sign out) impossibilitou avaliar o tempo dispensado para a realização do mesmo em cada tempo.

Ainda antes de o paciente sair da sala cirúrgica (*sign out*) não houve evidencia de análise conjugada junto aos membros da equipe cirúrgica sobre a realização do procedimento proposto, de informações sobre quaisquer danos nos equipamentos, assim como outros problemas a serem resolvidos e nem mesmo planejamento de cuidados em relação ao pós-operatório, antes do encaminhamento do paciente à sala de recuperação anestésica.

Com base nos aspectos analisados, compreende-se a necessidade de sensibilizar profissionais para o reconhecimento de ações prioritárias a garantia de qualidade e assistência cirúrgica segura e no fortalecimento de medidas que em paralelo desenvolvam aspectos relativos a cultura de segurança onde seja possível uma mudança na rotina, no comportamento da equipe, de cada membro individual e coletivamente, para assim, aplicação do checklist possa ser reconhecida uma ferramenta de segurança e não meramente como um procedimento protocolar obrigatório.

As variáveis avaliadas de forma isolada potencialmente associadas à adesão do checklist e que se constituíram facilidades ou dificuldades evidenciadas durante a realização da etapa III do estudo encontram-se relacionadas no quadro 15 (abaixo).

Quadro 15: Descrição das facilidades apresentadas na aplicação do checklist adaptado

FACILIDADES	Emprego do checklist de forma sistemática em 100% das cirurgias realizadas (apoio da gestão hospitalar). Rotina de aplicação do protocolo faz parte do cotidiano dos profissionais
	Checklist objetivo, de fácil aplicação e compreensão
	Checklist garante a verificação de itens essenciais a segurança cirúrgica considerando recomendações da OMS e inclusão de outros específicos a oftalmologia trazendo maior clareza

Fonte: Ribeiro, 2017. Dados extraídos da própria pesquisa.

Quadro 16: Descrição das dificuldades apresentadas na aplicação do checklist adaptado

DIFICULDADES	Qualidade do preenchimento do checklist Demarcação cirúrgica sugere possibilidade de erros (simbologias não atendem ao protocolo da OMS)
	Comunicação inefetiva entre os membros da equipe cirúrgica onde não há verificação conjunta dos itens essenciais do checklist a segurança cirúrgica
	Sign in: Não há planejamento de eventos críticos (anestésicos)
	Time out: Inconsistências na verificação dos itens
	Envolvimento e colaboração da equipe médica na adesão ao checklist
	Tempo de aplicação do checklist. Dificuldade de mensuração do tempo dispensado

Fonte: Ribeiro, 2017. Dados extraídos da própria pesquisa.

As dificuldades evidenciadas convergem com outros estudos conforme cita Tostes e colaboradores apud Tang et al. (2014) onde há evidencias que à adoção da lista de verificação de segurança cirúrgica apresenta muitas falhas e equívocos em sua utilização, tais como baixa adesão, incompletude dos itens de checagem, ausência da equipe multidisciplinar na checagem, checagem sem verbalização dos seus itens e resistência ao seu uso pelos profissionais.

ETAPA IV:

- Checklist para Segurança Cirurgia Oftalmológica
- Plano de Ação para implantação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica

As etapas anteriores alicerçaram a confecção do *checklist* estruturando a partir do diagnóstico da percepção do clima de segurança (etapa I) a compreensão sobre a maturidade da organização no que tange a segurança do paciente e ainda, norteando a identificação de elementos primordiais do processo de trabalho a serem considerados na confecção do *checklist*.

Wachter (2013) afirma que a lista de verificação e a cultura é uma via de mão dupla onde as listas podem influenciar a cultura, mas, seu sucesso também pode ser determinado pela cultura da organização.

O pré-teste de validação do modelo preliminar (etapa II) indicou necessidade de remodelação da ferramenta assim como no acompanhamento de sua aplicação do checklist no

ambiente operatório (etapa III) que apontou para uma série de fatores a serem considerados com vista a sua efetiva aplicação e consequente garantia de segurança cirúrgica do paciente.

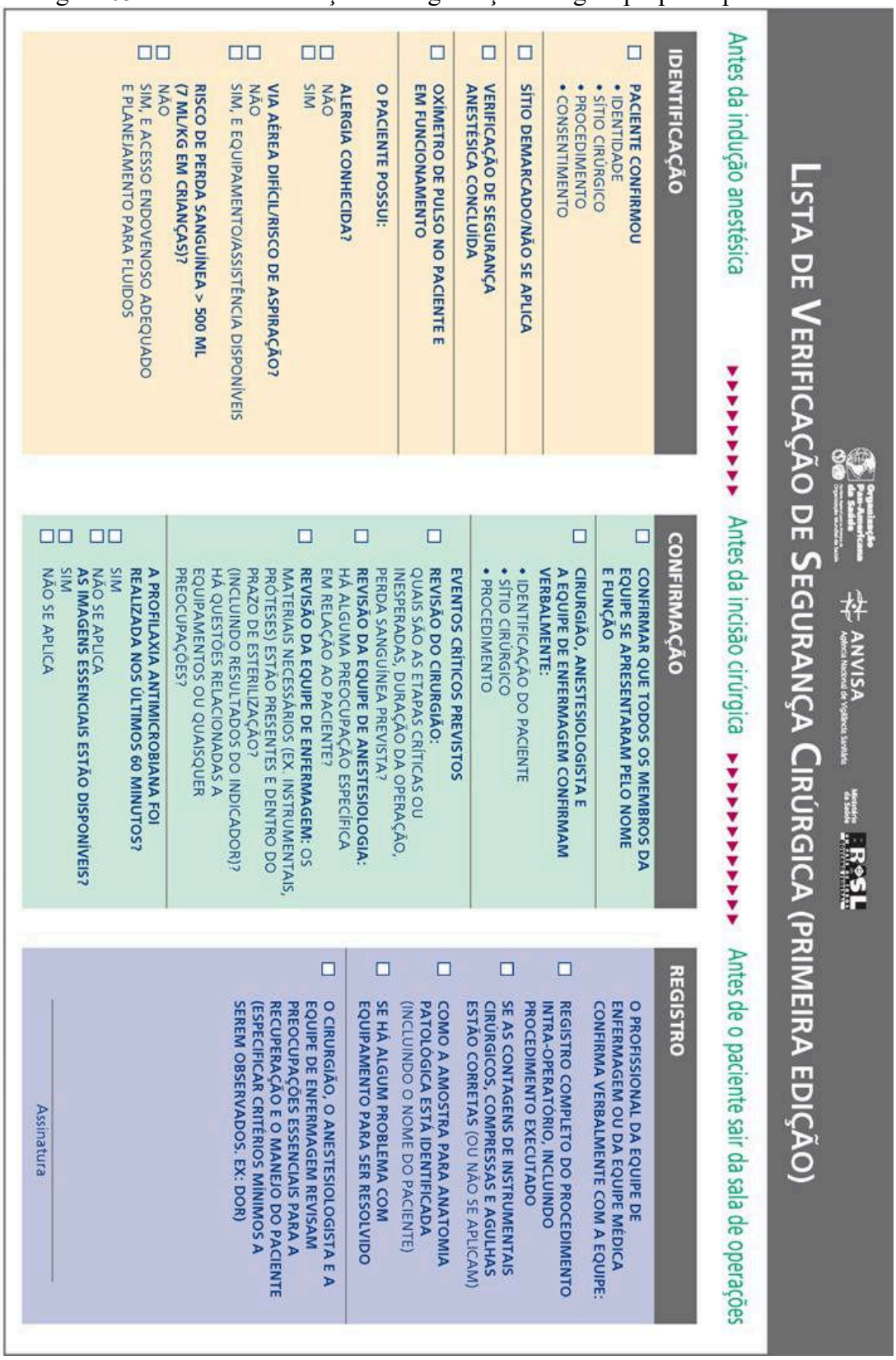
Os indicadores de resultados apresentados nas etapas anteriores da pesquisa foram considerados para a confecção do checklist de segurança cirúrgica alinhados aos três princípios descritos pela OMS: simplicidade, ampla aplicabilidade e a possibilidade de mensuração.

A pesquisa também foi apoiada nas diretrizes da OMS que definem a lista de verificação (*Checklist*) como uma ferramenta imprescindível a garantia de adesão a processos fundamentais do cuidado cirúrgico; definindo ações essenciais de segurança e qualidade de assistência.

Wachter (2013) apud Gawande (2009) cita que as listas de verificação são capazes de resolver tópicos de segurança através da padronização, simplificação, funções forçadas e dupla checagem onde seu uso não se restringe apenas a garantir o cumprimento de protocolos cirúrgicos seguros como; a administração do antibiótico pré-operatório correto e no momento certo, mas, traz uma proposta de intervenção de mudança cultural onde instiga os membros da equipe a melhorar a comunicação e o trabalho em equipe.

Foi realizada uma análise do modelo de checklist sugerido pela OMS (figura 5) visando reconhecer os elementos essenciais do cuidado cirúrgico citados por especialistas como itens embasados em evidência clínica e de práticas altamente recomendadas necessárias a fazerem parte da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Figura 05: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica proposto pela OMS.



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

☐ **PACIENTE CONFIRMOU**
- IDENTIDADE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO
- CONSENTIMENTO

☐ **SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA**

☐ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

☐ **OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO**

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
☐ NÃO
☐ SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?
☐ NÃO
☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
☐ NÃO
☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

CONFIRMAÇÃO

☐ **CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO**

☐ **CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☐ **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?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
☐ SIM
☐ NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
☐ SIM
☐ NÃO SE APLICA

REGISTRO

☐ **O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:**

☐ **REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO**

☐ **SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS** (OU NÃO SE APLICAM)

☐ **COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA** (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ **SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO**

☐ **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)**

Assinatura

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Fonte: OMS (2009)

Logo, foi realizada uma associação elementos universais de segurança cirúrgica sugeridos pela OMS e as medidas de segurança essenciais ao cuidado do paciente submetido a cirurgias oftalmológicas referenciados pelos profissionais de saúde durante toda a elaboração da pesquisa.

Acréscimos e adaptações a lista de verificação sugerida pela OMS são consideradas recomendadas para melhor modulação a realidade de cada instituição.

Ainda, buscou-se garantir uma linguagem clara e objetiva dos itens de checagem, favorecer a comunicação e o trabalho em equipe através do desenvolvimento de ações conjugadas, promover a segurança anestésica, envolver aspectos relacionados a prevenção de infecções do sítio cirúrgico e permitir que em cada fase do período perioperatório pudesse ser garantido o monitoramento adequado do paciente.

Wachter (2013) apud Mc Laughlin (2010) aponta que alguns princípios deverão ser seguidos na apresentação de uma lista de verificação de segurança efetiva devendo ser considerado como, por exemplo: a designação de responsabilidade definida na checagem dos itens do checklist; o uso de perguntas claras e objetivas (evitar perguntas vagas), evitar usar letras maiúsculas que podem diminuir a legibilidade e a adoção de contraste no espaço de conferencia dos itens.

Desta forma, as considerações acima mencionadas foram utilizadas durante a confecção do *checklist* de segurança cirúrgica oftalmológica.

Figura 06: Modelo preliminar do checklist de segurança cirúrgica adaptado na etapa II

SIGN IN Antes da anestesia	Sim	Não	NA	TIME OUT Antes da cirurgia	Sim	Não	NA	SIGN OUT Após aa cirurgia	Sim	Não	NA
Identificação do paciente realizada com o próprio				Identificação do paciente com a pulseira				Nome do procedimento realizado			
Identificação do paciente realizada com o CAP				Presença do integrador físico				Pulseira íntegra e identificada corretamente			
Identificação do paciente com a pulseira				Confirmação do olho a ser operado com o mapa				Peça cirúrgica identificada e requisição preenchida			
Confirmação do olho a ser operado				Sítio Cirúrgico demarcado				Confirmação de prioridades do UPO			
Sítio Cirúrgico demarcado				LIO / Prótese de acordo com o mapa				Paciente em condições de encaminhamento			
Procedimento confere com o CAP				LIO / Prótese confirmado com o cirurgião							
Paciente tem alguma alergia				Equipe completa							
Exames Oftalmológicos com o paciente											
Exames Clínicos com o paciente											
Consentimento cirúrgico assinado											
Verificação da segurança anestésica											
Equipamentos funcionantes											

NOME DO PACIENTE	ASSINATURAS
	1. 2.

Fonte: Ribeiro, 2017.

Figura 07: Modelo final de apresentação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica

CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA OFTALMOLÓGICA

Logomarca IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

Data de Admissão: _____ Nº de Registro do prontuário: _____ Sala operatória: _____

Nome do Paciente: _____ Data de Nasc: _____ Idade: _____

Procedimento Cirúrgico: _____ Cirurgião: _____ Anestesista: _____

Circulante: _____ Instrumentadora: _____

ENTRADA / SIGN IN	Equipe	Ass.
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA *confirmação no mínimo com a equipe de enfermagem e anestesista*	Equipe confirma verbalmente com o paciente	
○ Identificação do Paciente *(confirmar o nome completo e dados do pulseira, prontuário e mapa cirúrgico)*		
○ Sítio cirúrgico demarcado ( ) Olho D ( ) Olho E		
○ Procedimento Cirúrgico		
○ Consentimento Cirúrgico assinado		
○ Consentimento Anestésico assinado		
○ Exames Pré-operatórios e imagens essenciais disponíveis ( ) Não aplicável		
○ Alergia conhecida? ( ) Sim Cite: _____ ( ) Não		
○ Risco de aspiração e via aérea difícil ( ) Sim, equipamentos e materiais de assistência ventilatória disponíveis e funcionantes ( ) Não		
○ Equipamentos funcionantes		____ carimbo e assinatura do profissional

PAUSA CIRÚRGICA/TIME OUT	Confirmar verbalmente - Cirurgião, anestesista e enfermagem	Ass.
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA *confirmação com a equipe de enfermagem, anestesista e cirurgião*		
○ Identificação do Paciente *(confirmar o nome completo e dados do pulseira, prontuário e mapa cirúrgico)*		
○ Sítio cirúrgico demarcado ( ) Olho D ( ) Olho E ( )		
○ Procedimento Cirúrgico Duração estimada do procedimento: ____min		
○ UO: Lente Intra Ocular em sala ( ) Sim ( ) Não aplicável		
○ UO: Verificado especificações ( ) Sim ( ) Não aplicável		
○ Aplicação de colírio de iodopovidona (PVPI) ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplicável		
○ Profilaxia antimicrobiana realizada? ( ) Sim ( ) Instilação tópica de colírio antibiótico nas últimas 24h ( ) Endovenosa em até 60' ( ) Não ( ) Não aplicável		
○ Transplante de córnea: Córnea doadora em sala ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplicável		
○ Materiais necessários encontram-se presentes em sala e artigos esterilizados validados para uso		____ carimbo e assinatura do profissional

SAÍDA / SING OUT	Confirmar verbalmente - Cirurgião, anestesista e enfermagem	Ass.
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA *confirmação com a equipe de enfermagem, anestesista e cirurgião*		
○ Registro do procedimento executado *(confirmar o nome do paciente, integridade do pulseira de identificação e procedimento cirúrgico realizado)*		
○ Peça cirúrgica identificada juntamente com a solicitação médica ( ) Sim ( ) Não aplicável		
○ Procedimento proposto realizado? ( ) Sim ( ) Não Motivo: _____		
○ Intercorrências intraoperatórias? ( ) Sim Cite: _____ ( ) Não		
○ Problema com equipamento? ( ) Sim ( ) Não		
○ Revisão de elementos-chave para recuperação do paciente e traçadas as recomendações pós-operatórias		
○ Avaliação das condições clínicas para sair da sala operatória		
Destino: ( ) RPA ( ) Quarto/Enfermaria		____ carimbo e assinatura do profissional

Fonte: Ribeiro, 2017.

Na primeira parte do modelo final do checklist de segurança cirúrgica adaptado ao cenário oftalmológico (figura 7) apresenta dados gerais relativos ao registro geral do paciente submetido a realização do procedimento cirúrgico considerando a inclusão de dados relativos ao procedimento cirúrgico e equipe técnica envolvida.

Evidenciada a utilização de etiquetas digitalizadas contendo os dados gerais de registro do paciente inseridas em todos os impressos utilizados no ambiente operatório contendo: o nome, idade e data de nascimento do paciente, nome do médico cirurgião, número do prontuário e dados referentes ao plano de saúde.

Os dados referentes ao procedimento cirúrgico e a equipe envolvida constavam somente na folha designada ao relatório cirúrgico não havendo sinalização desses itens no checklist de segurança cirúrgica no modelo preliminar (figura 06), atualmente utilizado pela instituição.

A utilização de etiquetas digitalizadas com informações padronizadas no cabeçalho dos impressos cirúrgicos se apresenta como um facilitador no momento de identificação dos impressos, mas, não trazia a designação de dados cirúrgicos como; nome do procedimento programado e a equipe técnica envolvida na lista de verificação de segurança cirúrgica.

De forma a evitar a fragmentação da informação e favorecer a comunicação foi considerada a colocação de um cabeçalho padronizado de itens de registro geral do paciente e registro de dados relativos ao procedimento cirúrgico e equipe envolvida no cuidado definindo a apresentação do cabeçalho do checklist.

O Protocolo Universal da OMS estabelece o checklist em três etapas identificação (antes da indução anestésica); confirmação (antes da incisão cirúrgica) e registro (antes do paciente sair da sala de operações) nas quais estão interligadas e em cada uma a prática de confirmar o paciente, local e procedimentos corretos é complementar entre si.

Assim, foi considerada a manutenção da mesma diagramação de *layout* do modelo sugerido pela OMS em três etapas (figura 5) para a lista de verificação cirúrgica oftalmológica (figura 7) por entender a necessidade de garantir a checagem dos itens de identificação do paciente, local cirúrgico e procedimento nos três momentos do período perioperatório.

Funções forçadas e dupla checagem dos itens de identificação do paciente, local cirúrgico e procedimento nos três momentos de aplicação da lista de verificação foram considerados de extrema relevância a garantia da segurança do paciente.

Um elemento-chave a segurança cirúrgica em processos rotineiros que podem ser prevenidos se estabelece pela criação de redundâncias e checagens duplicadas na forma de listas de verificação, leituras de retorno ou também outros procedimentos de segurança padronizados, como marcação do sítio cirúrgico (MUNIZ et al., 2015).

E de forma a facilitar a compreensão dos resultados e discussões relacionadas a confecção da lista de verificação cirúrgica oftalmológica os dados apresentados foram

dispostos com base nos três momentos de aplicação da mesma: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operações.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA – SIGN IN

Etapa de identificação que visa assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto com comunicação efetiva entre os membros da equipe e o envolvimento do paciente definem esta etapa de verificação do checklist de segurança cirúrgica.

→ Identificação do Paciente

Foi identificado durante a pesquisa possibilidade de duplo check da 'Identificação do Paciente' através de dois outros recursos existentes na instituição: o prontuário e o mapa cirúrgico; sendo compreendido como recursos de verificação de dados referentes a identificação segura do paciente, justificando a inclusão desses outros itens sinalizadores em forma de lembrete (descrito em itálico no checklist adaptado- figura 7).

Durante o pré-teste do esboço do checklist através da simulação (etapa 2) e na aplicação do mesmo no ambiente operatório (etapa III) evidenciado a adesão ao protocolo de identificação segura dos pacientes através da utilização de pulseiras de identificação, porém, o envolvimento do paciente nesse protocolo ainda está incipiente, sendo observado pouco envolvimento do paciente.

Estudos sobre a identificação do paciente citam a importância da tomada de decisão de aplicação das pulseiras no momento mais precoce possível e ressaltam a necessidade de envolvimento do paciente, familiar e/ou acompanhante para minimizar riscos de dados errôneos (MS/Anvisa/Fiocruz; 2013).

Melhorar a eficácia da comunicação foi uma proposta durante toda a construção do checklist tendo em vista que na aplicação do SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) na etapa 1 da pesquisa, os dados apontaram para fragilidades no domínio relacionado a falhas no processo de comunicação.

Como forma de sinalizar a importância da participação do paciente e a interação que deverá estar estabelecida entre ele e a equipe de profissionais, a etapa de identificação, momento que antecede a indução anestésica (Entrada/ Sign in), apresenta uma coluna com os dizeres: "Equipe confirma verbalmente com o paciente" (vide figura 7) a fim de fazer lembrar desta necessidade.

O fortalecimento da comunicação foi considerado também na etapa de registro (pausa cirúrgica/antes da incisão cirúrgica) e na etapa de confirmação (antes do paciente sair da sala

cirúrgica) com outras colunas de sinalização indicando a necessidade de confirmação verbal dos itens pelo cirurgião, anestesiologista e enfermagem.

→ Demarcação do Sítio Cirúrgico

Momento que estabelece a identificação do local de intervenção onde se configura uma ação de inteira reponsabilidade do médico cirurgião como prática internacionalmente reconhecida na prevenção de incidentes relacionados a erros em locais de intervenção.

Considerou-se relevante imprimir clareza na sinalização deste item no *checklist* com vistas a prevenção de incidentes em procedimentos cirúrgicos que envolvem lateralidade, como no caso das cirurgias oftalmológicas.

O *checklist* traz a descrição: "Sítio cirúrgico demarcado" e de forma sequencial aponta a obrigatoriedade de checagem do olho a ser operado e informação referente a lateralidade.

A demarcação do sítio operatório definiu-se durante a pesquisa como um elemento de extrema preocupação onde se evidenciou a necessidade de maior envolvimento do cirurgião, maior participação do paciente no ato de verificação conjunta deste item de segurança e ainda, no manejo do sinalizador indicativo relativo a demarcação da lateralidade aplicado atualmente na instituição cenário.

Freitas et al. (2014) referencia da OMS e cita à demarcação do sítio cirúrgico quanto sua importância frente a evidencia de notificação de um em cinquenta mil a cem mil procedimentos em local errado nos Estados Unidos, equivalente a 1.500 a 2.500 incidentes por ano; onde no Brasil, não existe sistema de notificação explícito que forneça dados para comparações.

Frente a possibilidade de eventos adversos relacionados a erros oriundos de demarcação errada quanto a lateralidade, considerou-se relevante a inclusão de checagem deste item no "Sign in" e no "time out" do checklist.

→ Procedimento Cirúrgico, Termo de Consentimento, Alergias e Exames Pré-Operatórios

Outros itens como, o procedimento cirúrgico programado, o (s) termo (s) de consentimento (s), a disponibilidade exames pré-operatórios e preocupações a acerca de alergias conhecidas foram itens sugeridos no checklist da OMS e mantidos no modelo voltado para oftalmologia.

Vale ressaltar que no modelo de checklist sugerido pela OMS e também no preliminar, foi considerado somente a verificação do item 'Consentimento Cirúrgico' não estando discriminado o termo ao qual se refere (cirúrgico ou anestésico).

Durante a aplicação do modelo preliminar do checklist (figura 6) no centro cirúrgico foi evidenciado a existência de dois termos de consentimento- cirúrgico e anestésico sendo estes entregues ao paciente no ato do agendamento cirúrgico para serem lidos e assinados em domicilio e quando na data cirúrgica retornando para entrega na instituição.

Por entender que a confirmação dos termos de consentimento junto ao paciente e a equipe cirúrgica se faz de extrema relevância, eles foram inclusos no checklist de segurança cirúrgica oftalmológica (figura 7) de forma discriminada, em separado trazendo mais clareza e objetividade.

Especial atenção foi dada ao registro dos alérgenos no checklist trazendo um espaço designado a descrição de possíveis alergias conhecidas.

Este fato deu-se por verificar durante a pesquisa alta prevalência de pacientes com relatos de alergias conhecidas e principalmente, a iodopovidona, antisséptico de uso tópico, bastante usado na oftalmologia.

Observa-se uma preocupação na organização com a identificação de risco associado a alergias onde o há uma rotina institucional de identificação do paciente através de uma pulseira na cor vermelha e ainda, registro efetivo no prontuário.

A confirmação junto ao paciente é realizada no espaço Day Clinic, no momento da admissão do paciente por membros da equipe de enfermagem e recebe dupla checagem no momento anterior a indução anestésica na sala de recepção pré-anestésica na abordagem junto ao anestesiologista.

A disponibilidade de exames pré-operatórios e imagens na entrada do paciente no espaço "*day clinic*" e na área de recepção pré-anestésica foi um item de verificação protocolar considerado pelos profissionais como medida essencial a segurança sendo desta forma, incluído no checklist (figura 7).

Vale ressaltar que a instituição dispõe da possibilidade de visualização de imagens e alguns outros exames que possam ter sido realizados pelo paciente na instituição em uma tela de televisão disposta em cada sala operatória.

→ Avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

Analogamente ao *checklist* de cirurgia segura da OMS (figura 5) foi considerado relevante a verificação de risco associado ao manejo de via aérea difícil e risco de aspiração como um indicador de segurança cirúrgica de forma a permitir a preparação e planejamento apropriados antes da anestesiologia.

Em estudo realizado por Souza et al. (2011) evidenciou 31 eventos adversos relacionados a assistência à saúde onde 11(35,5%) dos casos foi relacionado a alterações

respiratórias decorrentes do ato anestésico, instabilidade hemodinâmica e falhas no bloqueio anestésico.

Apesar de evidenciado preenchimento da ficha anestésica pelo anestesiologista em sala operatória, não foi identificada clareza nos registros da avaliação e riscos relacionados ao manejo de vias aéreas no prontuário de pacientes internados ou mesmo anotações relacionadas a algum componente de comprometimento a via aérea tais como, asma, apneia do sono, cirurgias prévias e dificuldades anteriores com anestesiologia. O momento designado no "Sign in" onde a equipe prevê a possibilidades de riscos relacionados ao manejo de via aérea difícil não ocorre de forma compartilhada.

Vale ressaltar que no modelo preliminar do checklist adaptado a oftalmologia (figura 6) este item havia sido definido como "verificação de segurança anestésica", porém, foi identificado ao longo do desenvolvimento da pesquisa que da forma como descrito, não conferia clareza aos profissionais quanto aos elementos de verificação; e desta forma, modificado para "Avaliação de vias aéreas e risco de aspiração".

No que tange à verificação de segurança anestésica, falha na sua avaliação pode resultar em maiores índices de mortalidade, atingindo, em algumas regiões do mundo, taxas de até uma morte em 150 pacientes que recebem anestesia geral. As complicações anestésicas estão entre as principais causas de mortalidade antes e durante a cirurgia, a maioria dos erros (65%) ocorrendo na indução anestésica Freitas et al. (2014).

Há atualmente o entendimento que a maior parte dos erros relacionados em anestesiologia segundo a *Australian Incident Monitoring* são: 65 % dos casos ocorridos na indução anestésica e cerca de 45 % na fase da manutenção da anestesia Fragata (2010). Este fator demonstra a necessidade de fortalecimento de checagem dos itens de segurança anestésica.

→ Equipamentos Funcionantes

No modelo de *checklist* sugerido pela OMS (figura 5) indica a verificação sumária do funcionamento do oxímetro de pulso neste primeiro momento que antecede a indução anestésica, porém, verificado durante a aplicação do modelo preliminar do checklist (figura 6) no ambiente operatório que outros equipamentos como: carrinho de anestesia, monitor cardíaco, aspirador, etc. necessitavam ser checados quanto a sua funcionalidade previamente ao procedimento cirúrgico.

E entendendo que a provisão de anestesiologia segura depende da verificação de qualquer máquina ou aparato que proporcione gases, vapores, anestesiologia local ou agentes anestésicos endovenosos para induzir e manter a anestesiologia assim como, de aparelhos de

monitorização necessários para a manutenção da avaliação contínua do paciente; definiu-se como uma prioridade a verificação de demais equipamentos utilizados no ambiente operatório.

A verificação de bom funcionamento por manutenção regular e por verificação prévia a qualquer ato anestésico de equipamentos confere uma das medidas práticas fundamentais a promoção da segurança anestésico-cirúrgica em qualquer Bloco Operatório.

→ Perdas Sanguíneas

As cirurgias oftalmológicas não predispõem a possibilidade de perdas sanguíneas maciças logo, este item foi desconsiderado do checklist para especialidade.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA – TIME OUT

Etapa de confirmação dos itens essenciais de segurança cirúrgica onde o checklist deve ser aplicado com todos os membros da equipe: cirurgião, anestesista e a equipe de enfermagem; checam dois identificadores do paciente; verificam se o procedimento está conforme; checam se o sítio cirúrgico está demarcado; observam se o antibiótico profilático foi realizado; verificam se os exames estão no prontuário e em sala.

O "*time-out*" pode ser considerado um verdadeiro "briefing" entre os membros da equipe, onde todo o procedimento é prospectivamente introduzido e revisitado; desta forma, a identificação do paciente, a demarcação do sítio cirúrgico e procedimento cirúrgico foram novamente consideradas nesta etapa do checklist de segurança cirúrgica permitido a confirmação desses itens na garantia a segurança cirúrgica.

Os erros mais típicos no bloco operatório são a cirurgia no paciente errado ou no lado errado e o esquecimento de corpos estranhos nos pacientes, sendo considerados como "never events", erros que nunca deveriam acontecer (FRAGATA, 2010).

→ Procedimento Cirúrgico – Duração estimada do procedimento

Especial destaque foi dado a verificação do procedimento cirúrgico e a sinalização do tempo cirúrgico estimado considerando que a duração da operação é referenciada na literatura como um dos elementos mais importante relacionados a prevenção de infecções do sítio cirúrgico.

Batista & Rodrigues (2012) revelam que a infecção do sítio cirúrgico se constitui uma complicação potencialmente grave em pacientes submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos, uma das principais infecções relacionadas a assistência à saúde, onde inúmeros fatores estão relacionados sua etiologia como: o preparo pré-operatório ineficiente, o

procedimento cirúrgico utilizado, a duração da operação, habilidade técnica da equipe cirúrgica, o ambiente cirúrgico e o tempo do período intraoperatório.

Neste aspecto, foi considerado relevante o re-check deste item no momento destinado a confirmação do procedimento com a inclusão da duração estimada de execução do procedimento cirúrgico.

→ Aplicação de Colírio de Iodopovidona

Os iodóforos são amplamente usados para a antissepsia da pele e membranas mucosas e em especial, pode ser observado durante o desenvolvimento da pesquisa a utilização de iodopovidona tópica para antissepsia da pele (área operatória) e na instilação de colírio de PVPI no saco conjuntival.

Estudos demonstram que na oftalmologia, esta prática, tem se configurado um procedimento padrão na profilaxia de endoftalmite pós-operatória onde a sua aplicação antes de qualquer procedimento cirúrgico intraocular vem sendo adotada no cotidiano.

Corroborando com esta afirmativa, Gomes (2015) cita que uso do PVPI (iodopovidona tópica) a 5 ou 10% tem sido consagrada pela literatura e prática oftalmologica como medida profilática capaz de eliminar bactérias presentes no saco conjuntival e de borda dos cílios sendo considerado obrigatório o seu uso antes de qualquer procedimento cirúrgico.

Um outro estudo realizado por Santiago e colaboradores em 57 pacientes com diagnóstico de catarata senil, submetidos à facoemulsificação com implante de lente intraocular em Recife no período compreendido entre 2011 a 2013 identificou que a partir de ensaio clínico realizado com a instilação do colírio antibiótico gatifloxacino a 0,3% e colírio antisséptico iodopovidine a 5%, que não houve redução no número de bactérias encontradas nas lâminas no pré e pós-operatório, não havendo diferença estatística significativa nos dois grupos no pré e pós-operatório mas, evidenciaram que tanto o uso do antisséptico como do antibiótico usados como profiláticos para a endoftalmite reduziu a microbiota conjuntival.

Tendo em vista, a freqüencia e importancia atribuída na literatura quanto ao seu uso na prática clínica oftalmológica, o presente estudo considerou relevante a inclusão deste item como elemento de cheagem obrigatória a ser parte do checklist de segurança cirúrgica projetado para especialidade (figura 7). E ainda, por considerar a possibilidade de pacientes alérgicos a solução de PVPI considerou-se importante a sua sinalização quanto a não aplicabilidade de seu uso em situações específicas como, alergias conhecidas a substância.

→ Profilaxia Antimicrobiana

Inicialmente, foi desconsiderada a inclusão deste item de verificação no checklist do modelo preliminar constituído (figura 5) por compreender ser um tema controverso entre os especialistas da área de oftalmologia quanto aos benefícios de seu uso profilático no pré e pós-operatório.

Ainda, outro aspecto considerado foi em relação ao tempo de administração do antibiótico profilático no intraoperatório onde as evidencias científicas trazem benefícios relacionados a prevenção de infecção do sítio cirúrgico quando administrado em até sessenta minutos antes da incisão cirúrgica (OMS, 2009); e em contrapartida, a grande maioria dos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos se definem com tempo médio de realização inferior a sessenta minutos não se configurando um indicador de efetividade a ser monitorado.

Frente às considerações acima mencionadas, em um primeiro momento de avaliação, a checagem do item relacionado ao uso do antibiótico profilático não foi considerada.

Porém, durante a realização das etapas de condução da presente pesquisa, pode ser constatado o uso de colírios antimicrobianos no pré e pós-operatório dos procedimentos cirúrgicos acompanhados; trazendo a compreensão que a inclusão deste item no checklist deveria ser reavaliada.

Santiago et al. (2015) cita que apesar da utilização de colírio antimicrobiano no pré e pós-operatório ser bastante controversa na área de oftalmologia, não sendo uma prática unânime entre os profissionais desta especialidade, seu estudo verificou que tanto o uso do antisséptico como do antibiótico utilizados como profiláticos, mostraram eficácia na prevenção da endoftalmite havendo redução da microbiota conjuntival sendo considerada uma medida coadjuvante a prevenção de infecção.

A profilaxia antimicrobiana cirúrgica se destaca como uma das medidas propostas mais efetivas a prevenção da infecção do sítio cirúrgico devendo ser realizada na indução anestésica e compreendida como um item padrão de segurança cirúrgica que deve ser operacionalizado por um checklist em sala cirúrgica (TOSTES et al., 2016).

Em 2014 um questionário realizado pela Academia Americana de Catarata e Cirurgia Refrativa entre membro de diferentes países revelou que 90% dos oftalmologistas utilizam colírios antibióticos no pré-operatório onde os regimes profiláticos variam conforme conduta de cada cirurgião onde alguns iniciam três dias antes da cirurgia e outros um dia antes e/ou uma hora antes (GOMES, 2015).

Desta forma, ainda sendo o tema bastante controverso dentro da especialidade, a inclusão no checklist do item relativo a profilaxia antimicrobiana foi considerada uma vez que a instituição cenário pratica a instilação de colírios antimicrobianos como procedimento protocolar e ainda, considerando que já existem estudos demonstrando redução de carga microbiana na conjuntiva e correlação com a diminuição de incidência de infecção cirúrgica oftalmológica.

→ **Materiais necessários presentes em sala, artigos esterilizados e validados para uso, Transplante de Córnea, Lente Intra Ocular (LIO)**

Frente a evidencias da correlação existente entre a prática adotada pelos serviços de oftalmologia e as notificações da Síndrome Tóxica do Segmento Anterior (TASS) onde questões relacionadas ao adequado processamento de instrumentais são consideradas de extrema relevância a prevenção deste evento adverso e por isso, considerou-se necessária a definição deste item de verificação no checklist para o cenário da oftalmologia.

A ocorrência de TASS se configura um evento adverso dentro do cenário da oftalmologia podendo acometer várias cirurgias oftalmológicas como; a vitrectomia posterior, o transplante de córnea e cirurgias combinadas de vitrectomia associada a extração da catarata; definindo-se como uma reação inflamatória aguda causada por substâncias não infecciosas entre a câmara anterior do olho resultando em danos as estruturas intraoculares (LUZ et al., 2015).

Um estudo desenvolvido por Membros da indústria e da Sociedade Americana de Cirurgia de Catarata e Refrativa (*American Society of Cataract and Refractive Surgery* — ASCRS) com vários países como: EUA, Itália, Espanha, Romênia, México, Argentina e Brasil, buscou avaliar as práticas dos serviços de oftalmologia e a evidencia de notificação de casos de TASS e pode evidenciar durante o estudo, em visitação aos centros oftalmológicos dos EUA, que a maioria das não conformidades observadas estiveram relacionadas ao enxágue inadequado das canetas de facoemulsificação e das vias de irrigação e aspiração e a reutilização de materiais de uso único. (LUZ et al., 2015).

Ainda, outras evidencias foram atribuídas na literatura ao aparecimento de TASS como, o uso de produtos utilizados na limpeza e esterilização de artigos a exemplo; o uso de glutaraldeído no tratamento prévio de instrumentais antes da autoclavação ou mesmo a sua utilização como esterilizante, a qualidade da água empregada versus o aparecimento de sulfato como uma das impurezas encontradas no reservatório da autoclave; a tipo e marca da LIO (lente intraocular) utilizada, resquícios de substância oleosa encontrados na superfície

das LIOs explantadas, provenientes da pomada oftálmica utilizada sob o curativo após a cirurgia, etc. (LUZ et al., 2015).

Mediante os aspectos acima mencionados, a inclusão do item se fez de extrema relevância; frente a importância na prevenção a eventos adversos com ênfase na necessidade de atenção a checagem da evidencia de esterilização nos artigos médico-hospitalares no momento prévio ao procedimento cirúrgico por meio da inspeção visual e através da validação dos integradores químicos localizados no interior das bandejas.

Ainda, destaque dado a verificação da disponibilidade da prótese, a Lente Intra Ocular, em sala como item de verificação singular ao procedimento oftalmológico merecendo atenção a correlação numeral constante na caixa conforme solicitação médica assim como; a previsão quando na realização de transplante de córnea, devendo ser considerado a presença da córnea em sala.

A lista de verificação de segurança cirúrgica sugerida pela OMS (figura 5) também faz referência a revisão pela equipe de enfermagem de eventos críticos como; a esterilização de materiais e sua disponibilidade para o procedimento corroborando com a presente pesquisa para o entendimento que este item precisasse se mantido no checklist de segurança cirúrgica para oftalmologia.

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

Etapa de registro que considera a necessidade de revisão do registro do procedimento executado, a identificação de espécimes cirúrgicas, intercorrências intraoperatórias e a avaliação criteriosa do paciente antes da saída da sala operatória.

A identificação adequada de espécimes cirúrgicos é compreendida como prática altamente recomendada pela OMS sendo orientada a sua inclusão no checklist. A possibilidade de encaminhamento de peça cirúrgica para exame pós procedimento cirúrgico oftalmológico faz parte da rotina da especialidade sendo considerada a manutenção deste item no checklist adaptado.

Evidências sobre a incidência e natureza de erros que se devem à etiquetagem inadequada ou errada, informação perdida ou inadequada e espécimes “perdidos” são ainda escassos, mas, há a certeza de que todos podem potencialmente podem trazer consequências severas interferindo na segurança do paciente; esses incidentes quando ocorridos podem levar a atrasos no tratamento, repetição de procedimentos e indicação inapropriada de cirurgia em local errado (OMS, 2009).

A segurança do paciente dentro do centro cirúrgico está baseada em um conjunto de atividades que envolvem uma combinação de tomadas de decisões no período perioperatório devendo ser considerado o desempenho satisfatório da equipe, a comunicação efetiva entre estes profissionais, além da habilidade técnica Lima et al. (2013).

No momento do "*Sign out*" as intercorrências intraoperatórias, a revisão dos elementos primordiais a recuperação do paciente assim como, a avaliação das condições no momento da alta hospitalar e o delineamento das recomendações pós-operatórias deverão ser consideradas onde a comunicação entre a equipe cirúrgica se faz primordial nesse momento.

Os resultados da pesquisa apontaram fragilidades no processo de comunicação entre a equipe cirúrgica, havendo a percepção de fragmentação dos itens de verificação do *checklist*.

O déficit de comunicação foi recentemente eleito pela *Joint Comission for the Accreditation of Hospital Organizations* (JCAHO), como estando na base dos eventos sentinela da Saúde em cerca de 70 % dos casos.

Para segurança e eficiência em todas as etapas do bloco operatório, o trabalho em equipe e a cooperação são fundamentais e o quando esses fatores estão comprometidos tornam-se responsáveis por cerca de metade das falhas verificadas. A comunicação é o fluído vital do funcionamento numa equipe, mas para que se funcione realmente em equipe é muito importante que exista a capacidade de partilha sinérgica de tarefas e, sobretudo a capacidade de cooperar para um dado fim — o que se chama de coordenação relacional Fragata (2010).

Outro aspecto de grande relevância, a revisão dos elementos-chave para recuperação do paciente e as recomendações pós-operatórias não foram identificadas de maneira sinérgica entre os membros da equipe cirúrgica. Este seria o momento do "de-briefing" após os procedimentos executados no bloco operatório, momento não evidenciado durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fragata (2010) aponta que a realização de de-briefings é uma metodologia de aprendizagem contínua e indutora de melhorias organizacionais que realizada após procedimentos de rotina e, especialmente quando na evidencia de complicações, tem permitido corrigir muitas das falhas verificadas, contribuindo para que estas não repitam.

As recomendações pós-operatórias foram referenciadas na adaptação do checklist de segurança cirúrgica por considerar de suma importância o planejamento de cuidados a serem definidos ao paciente cirúrgico, individualmente, com vistas à necessidade de prevenir complicações pós-operatórias.

Durante a pesquisa, observado que as orientações gerais de cuidados são repassadas ao paciente no pós-operatório imediato pela equipe de técnicos de enfermagem e em um segundo momento pelo cirurgião não havendo a elaboração de um plano de cuidados individualizado.

As competências do enfermeiro no perioperatório são definidas por Lima et al. (2013) apud Gillespie (2009) em três esferas do conhecimento: Científico, quando exerce linguagem, familiaridade técnica e processual com os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aderência as orientações de controle de infecção, as políticas hospitalares e protocolos; Prático, na capacidade de antecipar a necessidade do paciente e da equipe com base na experiência clínica adquirida e familiaridade; Ético nas habilidades de enfermagem que prolongam além de funções técnicas para a de cuidador, um papel que envolve maior empatia com o paciente em um nível psicossocial.

A pesquisa traz uma reflexão importante sobre o papel do enfermeiro na integralidade do cuidado cirúrgico que transcende sua ação pontual no ambiente operatório, mas, que o entende inserido desde o momento pré-operatório até o momento da alta hospitalar.

Em especial, nos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos, ambulatoriais com internações em regime *day clinic* (hospital-dia), o pós-operatório do paciente se estabelece no domicilio o que confere ainda maior responsabilidade na equipe cirúrgica em traçar as orientações adequadas para este período e quando as medidas de prevenção de infecção no pós-operatório e ainda, alertar para outros riscos ocultos como por exemplo, o risco de queda em detrimento do uso de oclusores.

Neste contexto, a pesquisa aponta a necessidade de maior envolvimento do enfermeiro em toda a linha do cuidado cirúrgico sendo considerada uma ação de extrema importância a segurança do paciente cirúrgico.

- Plano de Ação para implantação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica

A elaboração do plano de ação considerou os resultados apontados nas fases de construção da presente pesquisa.

O reconhecimento da necessidade de avaliação do clima de segurança do paciente na incorporação da lista de segurança cirúrgica foi compreendido como ferramenta fundamental para o delineamento das fragilidades da organização.

Estudo de reflexão realizado por Tostes e colaboradores (2016) fundamentados em evidencias científicas no uso da lista de verificação de segurança cirúrgica constatou que aspectos da micropolítica institucional precisam ser considerados no processo de implantação da lista de verificação como: a gestão do serviço de saúde, planejamento, processo educativo, auditoria, feedback aos envolvidos e avaliações especiais do processo de trabalho.

A avaliação do clima de segurança do paciente entra como proposta no plano de ação por compreender que este diagnóstico precisa ser incorporado pela organização previamente a inclusão do protocolo de cirurgia segura e consequentemente, o emprego do *checklist.*

Outro aspecto a ser considerado na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está relacionado a descrição de orientações referentes ao desenvolvimentos de estratégias de monitoramento e indicadores de segurança em cirurgia como: o percentual de pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado; número de cirurgias em local errado; número de cirurgias em paciente errado; número de procedimentos errados; taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco e taxa de adesão ao *checklist* Corona & Peniche (2015).

Em face a análise dos dados coletados nas etapas da pesquisa foi realizada uma análise diagnóstica dos pontos de melhoria para as condições ideais de incorporação do checklist de segurança cirúrgica oftalmológica na instituição e partir disso, projetado um plano de ação a sua implementação.

Com base nos dados encontrados na presente pesquisa, foram consideradas ações estratégicas como: a necessidade de criação de uma política institucional de segurança do paciente com o envolvimento da alta liderança, a adoção de ações educativas multidisciplinares, *feedback* de resultados encontrados através do monitoramento dos indicadores de efetividade de uso do checklist e ações projetadas para envolvimento de pacientes e familiares no cuidado.

Ainda, sugerido no plano de implementação, a auditoria e monitoramento do checklist com a construção de indicadores de efetividade a serem definidos pela instituição considerando que, processos que incorporam o *feedback* contínuo, em tempo real e auditorias regulares são altamente determinantes para assegurar que o cuidado será eficiente, efetivo e seguro.

4.2 Produtos finais da dissertação

Ao final deste estudo com base nos resultados encontrados foram constituídos os produtos finais da pesquisa:

Produto 01:

Checklist de Segurança Cirúrgica Oftalmológica

Isabelle Caldas Amorim Ribeiro [I], Karinne Cristinne da Silva Cunha[II]

[I] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
[II] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Fundamental-Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Objetivo: Adaptar o checklist de segurança cirúrgica da OMS para o contexto cirúrgico oftalmológico. **Método:** Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital privado do município de Niterói, Rio de Janeiro, especializado em cirurgias oftalmológicas. Foi dividido em quatro etapas metodológicas; avaliação do clima de segurança a partir da aplicação do SAQ- Safety Attitudes Questionnaire, adaptação da lista de verificação de segurança cirúrgica (modelo preliminar) e pré-teste de validação da ferramenta através da simulação, aplicação do checklist adaptado no ambiente operatório e por fim, a confecção do modelo final do checklist para o contexto oftalmológico. **Resultados:** Identificado fragilidades em todos os domínios avaliados a partir do SAQ indicando baixa adesão ao clima de segurança do paciente. Na aplicação do modelo preliminar do checklist evidenciou-se necessidade de ajustes no mesmo, baixo envolvimento da equipe médica na adesão ao protocolo de segurança cirúrgica, necessidade de revisão da rotina institucional frente a demarcação da lateralidade, melhoria na comunicação e no trabalho em equipe. Observado checklist na prática cotidiana da instituição sendo verificado que seu emprego não conta com o a participação de todos os membros da equipe na verificação conjunta dos itens essenciais do checklist. A participação do paciente foi um tocante dentro da pesquisa, indicando necessidade de seu envolvimento como estratégia de segurança no processo do cuidar. Ainda, a importância de envolvimento do enfermeiro em toda linha de cuidado cirúrgico desde seu planejamento pré-operatório até o delineamento do plano de cuidados pós-operatórios. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** A adaptação do checklist de segurança cirúrgica permitiu compreender melhor as etapas de seguimento anestésico-cirúrgico do cenário oftalmológico e elencar os itens essenciais para inclusão no checklist. Ainda, reconhecer que a sua implantação está diretamente relacionada a cultura da organização sendo preponderante a melhoria do clima de segurança para a sua efetiva operacionalização. A sua aplicação está alinhada a segurança do cuidado cirúrgico oftalmológico revelando-se pertinente aos serviços de saúde e profissionais dedicados a oftalmologia. A adoção do checklist direcionado a oftalmologia contribuirá maior segurança no cuidado e consequentemente, redução de riscos e possíveis eventos adversos.
Palavras-Chave: Lista de verificação; Cirurgia Segura

Ophthalmic Surgical Safety Checklist

Isabelle Caldas Amorim Ribeiro[I], Karinne Cristinne da Silva Cunha[II]

[I] Federal University of Rio de Janeiro, graduate program in health and technology in space. Rio de Janeiro-RJ, Brazil. (II) Federal University of Rio de Janeiro, Department of Fundamental Nursing-School of nursing Alfredo Pinto. Rio de Janeiro-RJ, Brazil.

Objective: to Adapt the who surgical safety checklist for the ophthalmic surgical context. **Method:** descriptive Exploratory Study with quantitative approach developed in a private hospital in the city of Niterói, Rio de Janeiro, specialized in ophthalmic surgery. It was divided into four methodological steps; assessment of safety climate from the application of the Safety Attitudes Questionnaire-SAQ, adaptation of the surgical safety checklist (preliminary model) and pre-test of the validation tool through simulation, the application checklist adapted in the operative environment and finally, the making of the final model of the checklist for the ophthalmic context. Results: Identified weaknesses in all areas assessed from the SAQ indicating low adherence to patient safety climate. The application of preliminary model checklist showed need for adjustments in the same, low involvement of medical staff in the surgical safety protocol, need to review the institutional routine front the demarcation of laterality, improvement in communication and teamwork. Observed in daily practice checklist of the institution being checked that your job does not count with the participation of all members of the joint verification team of the essential items of the checklist. The participation of the patient was a touching inside of the survey, indicating need for your involvement as security strategy in the process of care. Still, the importance of involvement of nurses in the entire line of surgical care from your pre-operative planning to the design of the plan of care after surgery. **Conclusion, applicability and impact:** The adaptation of the surgical safety checklist has enabled a better understanding of the steps to follow the anesthetic-surgical ophthalmic scenario and list the essential items for inclusion in the checklist. Still, recognizing that your deployment is directly related to the culture of the organization being preponderant improving security climate for your effective operationalization. To your application is aligned security ophthalmic surgical care is relevant to health services and professionals dedicated to ophthalmology. The adoption of checklist intended for ophthalmic will contribute greater safety in the care and consequentl, reduction of risks and potential adverse events.

Keywords: Checklist; Safe Surgery

Produto 01: Checklist de Segurança Cirúrgica Oftalmológica

CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA OFTALMOLÓGICA

Data de Admissão: _____ Nº de Registro do prontuário: _____ Sala operatória: _____

Nome do Paciente: _____ Data de Nasc: _____ Idade: _____

Procedimento Cirúrgico: _____ Cirurgião: _____ Anestesista: _____

Circulante: _____ Instrumentadora: _____

Logomarca
IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

	ENTRADA / SIGN IN		PAUSA CIRÚRGICA/ TIME OUT		SAÍDA / SING OUT
	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA *confirmação no mínimo com a equipe de enfermagem e anestesista*		ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA *confirmação com a equipe de enfermagem, anestesista e cirurgião*		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA *confirmação com a equipe de enfermagem, anestesista e cirurgião*
Equipe confirma verbalmente com o paciente	○ Identificação do Paciente *(confirmar o nome completo e dados da pulseira, prontuário e mapa cirúrgico)*	Confirmar verbalmente - Cirurgião, anestesista e enfermagem	○ Identificação do Paciente *(confirmar o nome completo e dados da pulseira, prontuário e mapa cirúrgico)*	Confirmar verbalmente - Cirurgião, anestesista e enfermagem	○ Registro do procedimento executado *(confirmar o nome do paciente, integridade da pulseira de identificação e procedimento cirúrgico realizado)*
	○ Sítio cirúrgico demarcado ( )Olho D ( ) Olho E		○ Sítio cirúrgico demarcado ( )Olho D ( ) Olho E ( )		○ Peça cirúrgica identificada juntamente com a solicitação médica ( ) Sim ( ) Não aplicável
	○ Procedimento Cirúrgico		○ Procedimento Cirúrgico Duração estimada do procedimento: _____ min		○ Procedimento proposto realizado? ( ) Sim ( ) Não Motivo: _____
	○ Consentimento Cirúrgico assinado		○ LIO: Lente Intra Ocular em sala ( ) Sim ( ) Não aplicável		○ Intercorrências intraoperatórias? ( ) Sim Cite: _____ ( ) Não
	○ Consentimento Anestésico assinado		○ LIO: Verificado especificações ( ) Sim ( ) Não aplicável		
	○ Exames Pré-operatórios e imagens essenciais disponíveis ( ) Não aplicável		○ Aplicação de colírio de iodopovidona (PVPI) ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplicável		○ Problema com equipamento? ( ) Sim ( ) Não
	○ Alergia conhecida? ( ) Sim Cite: _____ ( ) Não		○ Profilaxia antimicrobiana realizada? ( ) Sim ( ) Instilação tópica de colírio antibiótico nas últimas 24h ( ) Endovenosa em até 60' ( ) Não ( ) Não aplicável		○ Revisão de elementos-chave para recuperação do paciente e traçadas as recomendações pós-operatórias
Equipe	○ Risco de aspiração e via aérea difícil ( ) Sim, equipamentos e materiais de assistência ventilatória disponíveis e funcionantes ( ) Não		○ Transplante de córnea: Córnea doadora em sala ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplicável		○ Avaliação das condições clínicas para sair da sala operatória
	○ Equipamentos funcionantes		○ Materiais necessários encontram-se presentes em sala e artigos esterilizados validados para uso		Destino: ( ) RPA ( ) Quarto/ Enfermaria
Ass.	_____ carimbo e assinatura do profissional	Ass.	_____ carimbo e assinatura do profissional	Ass.	_____ carimbo e assinatura do profissional

Fonte: Ribeiro, 2017.

Produto 02:

Plano de ação para implementação do Checklist de Segurança Cirúrgica Oftalmológica

Isabelle Caldas Amorim RibeiroI, Karinne Cristinne da Silva CunhaII

[I] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
[II] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Fundamental-Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Objetivo: Detalhar as ações para implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica oftalmológica. **Método:** Estudo de campo, descritivo e exploratório desenvolvido em um hospital privado, especializado em cirurgias oftalmológicas localizado no município de Niterói, Rio de Janeiro. Foi aplicado o checklist de cirurgia segura adaptado a oftalmologia no centro cirúrgico da instituição onde foi realizada observação não participante sendo identificado as facilidades e dificuldades para sua implantação. O detalhamento das ações estratégicas para implementação do checklist foram construídas com base na ferramenta da qualidade 5W2H. **Resultados:** Evidenciada a necessidade de melhorar o clima de segurança, a comunicação e o trabalho em equipe e prioritariamente, o envolvimento do cirurgião no 'timeout' cirúrgico e do enfermeiro em toda linha de cuidado cirúrgico. Estratégias para implantação definidas com base nos resultados incluem: Avaliação periódica da cultura de segurança; envolver pacientes e familiares como estratégia de segurança no cuidado; desenvolver um plano de cuidados de enfermagem desde o pré-operatório até a sua alta com a definição de cuidados pós-operatórios; identificar idosos frágeis para elaboração de um plano de cuidados específicos. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** Medidas prioritárias foram apontadas na elaboração de um plano de ação para a operacionalização da lista de verificação de segurança cirúrgica oftalmológica de forma a contribuir no processo de manejo do checklist proposto em prol da segurança do paciente. A garantia e sucesso no processo de implementação da lista de segurança cirúrgica não se resume a simples checagem de itens de segurança cirúrgica sendo necessário reconhecer os aspectos relacionados ao clima de segurança, envolvimento multidisciplinar, processo educativo, presença ativa do enfermeiro desde o momento pré-operatório até mesmo a orientação no pós-alta.

Palavras-Chave: Cirurgia Segura; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Planejamento de Assistência ao Paciente.

Action plan for implementation of the Ophthalmic Surgical Safety Checklist

Isabelle Caldas Amorim Ribeiro [I], Karinne Cristinne da Silva Cunha [II]

[I] Federal University of Rio de Janeiro, graduate program in health and technology in space. Rio de Janeiro-RJ, Brazil.
[II] Federal University of Rio de Janeiro, Department of Fundamental Nursing-School of nursing Alfredo Pinto. Rio de Janeiro-RJ, Brazil.

Objective: Detail the actions for implementation of the surgical safety checklist ophthalmic. Method: Field study, descriptive and exploratory developed in a private hospital, specializing in ophthalmic surgery located in the municipality of Niteroi, Rio de Janeiro. Was applied the safe surgery checklist adapted to ophthalmology in the operating room of the institution where non-participant observation being identified facilities and difficulties for your deployment. The detailing of the strategic actions for implementation of the checklist were built based on quality 5W2H tool. **Results:** Highlighted the need to improve the climate of security, communication and teamwork and as a matter of priority, the surgeon's involvement in the ' timeout ' and surgical nurse in every line of surgical care. Strategies for implementation defined on the basis of the results include: Periodic review of the safety culture; involve patients and their families as in security strategy; develop a plan of nursing care from the pre-op until your high definition of post-operative care; identify frail older people to draw up a specific plan of care. **Conclusion, applicability and impact:** Priority measures were aimed at drawing up a plan of action for the operationalisation of the surgical safety checklist ophthalmic so as to contribute in the process of management of the proposed checklist for patient safety. The security and success in the process of implementation of the surgical safety list is not simple surgical safety items check being required to recognize the security climate-related aspects, multidisciplinary involvement, educational process, active presence of nurses from the pre-operatory even guidance in pós-alta.

Keywords: Safe Surgery; Nursing care; Perioperative Nursing; Patient care planning

Figura 8: Produto 02: Plano de ação para implementação do Checklist de Segurança Cirúrgica Oftalmológica

LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO	PLANO DE AÇÃO - IMPLANTAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA - 5W2H															Data: _____/_____/_____ Revisão: _____/_____/_____
TÍTULO:	**Planejamento estratégico de Implantação da Lista de Verficação de Sgurança Cirúrgica Oftalmológica**															
META:	**Implantar o uso da Lista de Verificação de Segrança Cirúrgica**															
SETOR:	**Centro Cirúrgico**															
LEGENDA:	**(X) MARCADOR**															
O QUE SERÁ FEITO (WHAT)	QUEM FARÁ (WHO)	QUANDO SERÁ FEITO (WHEN) Periodicidade (meses)												ONDE (WHERE)	PORQUE SERÁ FEITO (WHY)	COMO SERÁ FEITO (HOW)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Oferecer condições e apoiar o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica criando uma politica institucional de segurança do paciente	Alta liderança e Gestor da Qualidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Para toda a instituição	Necessidade direcionar a segurança cirúrgica como eixo norteador e coordenar o uso da lista de verificação	Elaborar a Politica de Segurança do Paciente e realizar ampla divulgação aos profissionais da instituição; Criar um plano anual com ações voltadas a segurança cirúrgica -ex: Palestras com apresentações de slides e video, materiais impressos, cartazes educativos na sala cirúrgica, sessões presenciais de diálogo entre os membros da equipe e lideres locais, tutoria direta e atualizações frequentes por e-mail
Aplicar questionários psicométricos validados para avaliação do clima de segurança. Sugerida a utilização do SAQ - Safety Attitudes Questionarie aos profissionais	Coordenação Médica e Enfermagem do bloco operatório	X	X	X										Centro Cirúrgico	Necessidade de avaliação dos dominios relacionados ao clima de segurançar (gerenciamento da segurança do paciente no ambiente cirúrgico)	Através da aplicação do SAQ
Analisar respostas do SAQ	Coordenação Médica e Enfermagem do bloco operatório				X	X	X							Centro Cirúrgico	Avaliar os resultado do SAQ para definição de estratégias de melhorias	
Estabelecer auditoria no uso do checklist	Gerencia de Enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Centro Cirúrgico	Monitorar a aplicabilidade do checklist quanto sua efetividade e definir estratégias de melhoria	Auditoria 'in locus" no ambiente operatório
Divulgar resultados da auditoria realizada no monitoramento do checklist	Gerencia de Enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Centro Cirúrgico	Realizar ampla divulgação aos profissionais da equipe cirúrgica para análise critica dos resultados encontrados	Painel de Indicadores no Centro Cirúrgico
Envolver o pacientes e familiares	Alta liderança e Gestor da Qualidade	X		X		X		X		X		X		Áreas de convivencia da instituição	Ação de educação em saúde com o objetivo de orientar ao paciente e seu familiar com orientações pertinentes ao cuidado pré e pós-operatório	Elaboração de videos educativos para exposição em espaços de convivência; campanhas e palestras voltadas a segurança cirúrgica
Oferecer ações educativas a toda equipe multidisciplinar com abordagem participativa	Gestores, Gerência de Enfermagem e Coordenação Médica	X			X				X				X	Áreas de convivencia da instituição	Incentivar a incorporação da lista de verificação cirúrgica; envolvimento de toda a equipe multidisciplinar na adesão ao checklist, estimular a comunicação e possibilitar treinamento no manejo da ferramenta	Palestras, atividades de simulação realistica e dinâmicas de grupo com a abordagem da temática segurança do paciente e incorporação da lista de verificação
Elaboração e aplicação de um plano de alta hospitalar (prescrição de cuidados de enfermagem)	Gerencia de Enfermagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Centro Cirúrgico/Sala de recepção pós-operatória	Prevenir de riscos e complicações pós-operatórias	Com base em recomendações baseadas em evidencias cientificas voltadas ao paciente submetido a cirurgia oftalmológica. Deverá ser aplicado na alta hospitalar pelo enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adaptação a lista de verificação de segurança cirúrgica ao cenário da oftalmologia permitiu olhar para especialidade com a singularidade de ações a serem consideradas para a garantia da qualidade e segurança do cuidado cirúrgico.

Na adesão a utilização do *checklist* como rotina mandatória a segurança cirúrgica há de ser considerada a necessidade de fortalecimento do clima de segurança na organização sendo condição determinante a sua efetiva operacionalização.

Com base no diagnóstico do clima de segurança realizado a partir do SAQ foi possível identificar que ações precisam ser desenvolvidas por parte da organização direcionadas ao trabalho em equipe, a comunicação, ao aprender com os erros, no desenvolvimento do censo de justiça, na liderança e no trabalho centrado no paciente para que possa ser possível constituir um ambiente mais seguro.

Sensibilizar gestores no reconhecimento de aspectos que venham a interferir no desenvolvimento de uma cultura positiva dentro da organização é um fator essencial para garantia de adesão ao protocolo de segurança cirúrgica.

A participação dos cirurgiões no estudo se configurou uma importante limitação para o desenvolvimento da pesquisa uma vez que houve dificuldade de abordagem dos mesmos. Há de se reconhecer a importância de envolvimento do médico-cirurgião assim como de toda equipe cirúrgica na aplicação do *checklist* sendo de extrema relevância enfatizar a responsabilização individual de cada profissional durante o todo o período perioperatório para a segurança cirúrgica.

O presente estudo direcionou para o entendimento de que a simples adaptação de um *checklist* de segurança cirúrgica, isoladamente, não confere garantia de segurança no cuidado cirúrgico seguro; sendo imprescindível fortalecer a comunicação efetiva e o trabalho integrado, dentre outros aspectos, para que os profissionais possam compreender os reais benefícios da aplicabilidade do *checklist* de cirurgia segura.

A adaptação dos *checklist* de segurança a cada contexto de saúde é uma ação primordial no direcionamento dos processos fundamentais do cuidado direcionado a cada especialidade.

O uso da simulação como metodologia de ensino de habilidades se constituiu uma técnica efetiva no emprego do *checklist* de segurança cirúrgica; permitindo aos profissionais participantes aprendizado em um ambiente interativo e controlado além de propiciar o

desenvolvimento do trabalho em equipe e reforço a importância da comunicação entre eles. Elementos estes, fundamentais a segurança do paciente.

A partir da análise descritiva realizada em cada etapa da pesquisa foi traçado um plano de ação direcionado a execução de medidas fundamentais com vista consolidação do checklist de segurança cirúrgica.

Buscou-se contribuir no ensino e aprimoramento dos profissionais de saúde que atuam no cenário da oftalmologia trazendo maior segurança e qualidade do cuidado; na assistência à saúde, garantindo maior segurança no perioperatório de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos oftalmológicos e na pesquisa, incentivando o desenvolvimento de novos estudos relacionados a temática.

Neste contexto, a presente pesquisa reconhece a necessidade de fortalecimento de ações voltada a segurança na assistência cirúrgica, fomenta a inclusão do Programa de Cirurgia Segura nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), em específico, nos centros oftalmológicos e sobretudo reconhece a importância da adoção do *checklist* de segurança cirúrgica na avaliação e intervenção sobre os riscos preveníveis associados ao cuidado cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABAD. Juan C; GOMES Jose AP; GUZZO Giovani; ZACCARELLI Carlos. Latin American consensus on antimicrobial prophylaxis in ocular surgery. **J Cataract Refract Surg**. v.36, n.5, 2010 May, p. 865-6.Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20457386>. Acesso em: 15 set. 2016.

ALVES, Luiz Filipe de Albuquerque et al. Síndrome tóxica do segmento anterior. **Rev. bras. oftalmol**., Rio de Janeiro, v.72, n.1, p.29-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000100007>. Acesso em: 15 set. 2016.

ARANAZ-ANDRÉS J.M., AIBAR-REMÓN C., LIMÓN RAMÍREZ R., AMARILLA A., RESTREPO FR, URROZ O.; et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five latin american countries: results of the "iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). **BMJ Qual Saf**. 2011; 20:1043-51. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284.short>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ÁVILA, Marcos; ALVES, Milton Ruiz; NISHI, Mauro. **As Condições de Saúde Ocular no Brasil**. 2015. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 1ª Ed. 2015. 144p. Disponível em: <http://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/Condicoes_saude_ocular_IV.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BARBOSA Maria Helena; FLORIANO Daniela Rosa; OLIVEIRA Karoline Faria; NASCIMENTO Kleiton Gonçalves, et al. Clima de Segurança do paciente em um hospital privado. **Texto contexto Enferm**., Florianópolis, v.25 n.3, sep. 12 2016 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>. Acesso: 28 dez. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.

BARRY, Peter; CORDOVÉS. Luis; GARDNER. Susanne. **Guidelines for Prevention na Treatment of Endophthalmitis Following Cataract Surgery:** Data, Dilemas and Conclusions. Disponível em: <http://escrs.org/downloads/Endophthalmitis-Guidelines.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BATISTA. TF, RODRIGUES, MCS. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal, Brasil: estudo descritivo retrospectivo no período 2005-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.2: p. 253-264, abr-jun 2012. Disponível em: <10.5123/S1679-49742012000200008>. Acesso em: 28 dez. 2016.

BORGES F, RIGO DFH, BUGS TV. et al. Dimensões Qualitativas e Quantitativas do trabalho hospitalar: interface com a cultura de segurança do paciente. Revista Saúde, Santa Maria, 2016, v. 42, n.1, p.59-66, jan /jun 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/issue/download/994/pdf_2>. Acesso em: 28 dez. 2016.

BRANDÃO, Carolina Felipe Soares; COLLARES, Carlos Fernando; MARIN, H. Fatima. **A simulação realística como ferramenta educational para estudantes de medicina**.

Educação em Ciências da Saúde, FAMED-PUCRS. v. 24, n. 2, abr-jun. 2014. Disponível em: < http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-742489>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Serie -**Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Assistência Segura: UMA Reflexão Teórica Aplicada a Prática**.2013; p.1-168. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 2011. 12p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm> Acesso em: 05 nov. 2014.

_____. Módulo 2. **Protocolos de Segurança do Paciente -Cirurgias Seguras em Serviços de Saúde**. 2016. Unidade 3; p. 95-144.

_____. **Sítio Cirúrgico: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde**. 2009. 19p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 1 de abr. de 2013.

_____. **Protocolo para Cirurgia Segura**. Anvisa/Fiocruz. 2013. Disponível: <http://proqualis.net/protocolo/protocolo-de-cirurgia-segura>. Acesso em: 6 de out. 2014.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 36, de 25/07/2013.** Instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Brasília, 2013.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.** Publicada no DOU Nº 227; seção 01, de 28/11/2011. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011< http://www.cirurgiasegura.com.br/oms.php> Acesso em: 03 out. 2014.

BUENO, A.B; FASSARELA. C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro**.** Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/1573/843. Acesso em: 03 out. 2014.

CANABRAVA S. et al. Production of an intraocular device using 3D printing: an innovative technology for ophthalmology. **Arq Bras Oftalmol**., v. 78, n. 6, p. 393-4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v78n6/0004-2749-abo-78-06-0393.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

CARVALHO Paloma Aparecida; GÖTTEMS Leila Bernarda Donato; PIRES Maria Raquel Gomes Maia; OLIVEIRA Maria Liz Cunha de. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1041-8, nov-dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de**. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil –** Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 143 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CAUDURO, Fernanda Leticia Frates. **Avaliação da Cultura de segurança em unidades cirúrgicas.** 2013. 104 p. Dissertação [Mestrado]. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

CLARO Carla Matilde, KROCOCKZ Daniella Vianna Correa, TOFFOLLETO Maria Cecília, PADILHA Kátia Grillo. Eventos Adversos em Unidade de Terapia Intensivva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc Enferm**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>. Acesso em: 28 dez. 2016.

CORONA, Arminda Rezende de Pádua Del; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. A Cultura de Segurança do Paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, Jul./Set. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

CURY, Antonio. Organização e métodos: uma visão holística. ed. 8. São Paulo: Atlas, 2005.

DA CORREGGIO, Thâmy Canova Da. AMANTE, Lucia Nazareth. BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Avaliação da cultura de segurança em um Cirúrgico. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 19, n. 2. p 67-73 abr/jun 2014. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n2/02_sobecc_v19n2.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2016.

DA CORREGGIO, Thâmy Canova Da. Avaliação da cultura de segurança em um Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. 2012. 92 p. Trabalho de conclusão de curso. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina.

DIOGO, Luis Antonio dos Santos; et al. Construção de uma ferramenta de medida de percepção sobre o uso do checklist do Programa de Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde. **Revista Bras. Anestesiologia**. v. 66, n. 4, p. 351-355, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2015.09.011>. Acesso em: 26 mar. 2017.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília,v. 68, n. 1, p. 144-54, jan-fev. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em: 26 mar. 2017.

FERRAZ, Edmundo Machado. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Rev. Col. Bras**. **Cir**. v. 36, n. 4, p. 281-2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a01v36n4.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

FERREIRA Luis Figueira. TORRÃO Luís. et al. **Antibioticoterapia ocular:** Superfície ocular externa. Guia Prático, Portugal: Medesign. 2010. 2ª ed. Disponível em: <https://issuu.com/medesignlda/docs/antibioterapiaocular_def>. Acesso em: 12 mar. 2017.

FIDELIS, RE. **Cultura de segurança**: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência adulto. 2011. 170 p. Dissertação [Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem]. Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FIGUEIREDO, Nébia Maria. Almeida. **Método e metodologia na pesquisa científica**. Ed. Difusão; 2004.

FILHO, Vasco Torres Fernandes Bravo; et al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arq Bras Oftalmol**. v. 75, n. 3, p. 161-5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v75n3/02.pdf>. Acesso: 12 mar. 2107.

FRAGATA, JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev Port Saúde Pública**, Espanha, v. 10, p.17-26, 2010. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/3-erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

FREITAS, Marise Reis de. et al. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.137-148, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas; 2002.
GOMES Rachel L.R. Endoftalmite: Experiência com diferentes protocolos de prevenção de infecção em procedimentos oftalmológicos. **Revista da Oftalm. Universo Visual**, n. 83, Fev/Mar. 2015. Disponível em: <http://www.universovisual.com.br/endoftalmite/993/>. Acesso em: 26 abr. 2017.

GRIGOLETO A.R.L, GIMENES F.R.E, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica Enf.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 347-54 abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a22.pdf>. Acesso em: 03 out. 2014.

HAYNES, Alex B.; et al. A Surgical Safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, n. 360, p.491-

499, 2009. Disponível em:< http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>. Acesso em: 03 jul.2017.

IGLESIAS; Alessandro G.; PAZIN-FILHO, Antonio. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 233-40, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p233-240>. Acesso em: 20 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Organizadores: Leila Regina Ervati, Gabriel Mendes Borges, Antonio de Ponte Jardim. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> Acesso em: 12 mar.2017.

LEAPE LL. Erros in Medicine. **Clin Chim Acta**, v.404, n. 1, p. 2-5, 2009. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302989>. Acesso em 20 ago. 2016.

LEE Wui-Chiang, WUNG Hwei-Ying, LIAO Hsun-Hsiang, LO Chien-Ming, et al. Hospital safety culture in taiwan: a nation wide survey using chinese version safey attitudes questionnaire. **BMC Health Services Research**. v. 10, n. 234, 10 ago. 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/234>. Acesso em: 28 dez 2016.

LIMA André Monteiro, Souza Cristina Silva, CUNHA Ana Lucia Silva Mirancos da. Segurança do Paciente e Montagem da Sala Operatória: Estudo de Reflexão. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p. 289-94, jan. 2013. Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4047/pdf_1925>. Acesso em: 28 dez. 2016.

LOURENCAO, Daniela Campos de Andrade; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.29, n.1, p.1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LUZ, Reginaldo Adalberto, et al. Síndrome tóxica do segmento anterior após cirurgias de catarata: Implicações para enfermagem. **Rev Sobecc**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.96-103, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n2/a5025.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LYNN, Mary R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, v. 35, n. 6, p. 382-386, nov/dez. 1986.

MAKARY, M. A.; SEXTON, J. B.; FREISCHLAG, J. A. Segurança do Paciente na Cirurgia. **ProQualis,** Rio de Janeiro; v. 243, n. 5, p. 628-635, mai. 2006. Disponível em: <http://proqualis.net/artigo/seguran%C3%A7a-do-paciente-na-cirurgia> Acesso: 2 nov. 16.

MARINHO, MM. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis.

MARTINS, José Carlos Amado; MAZZO, Alessandra; BAPTISTA, Rui Carlos Negrão; Coutinho, Verónica Rita Dias; Godoy, Simone; Mendes, Isabel Amélia Costa; Trevizan, Maria Auxiliadora. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 619-25, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/22.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2016.

MC CONNELL Douglas J., FARGEN Kyle M, MOCCO J. Surgical checklists: A detailed review of their emergence, development, and relevance to neurosurgical practice. **Surg Neurol Int**, USA, v. 3, n. 2, 21 jan. 2012. Disponível em: <http://surgicalneurologyint.com/surgicalint_articles/surgical-checklists-a-detailed-review-of-their-emergence-development-and-relevance-to-neurosurgical-practice/>. Acesso em: 17 fev. 2017.

MELO Gustavo Barreto; BISPO Paulo José Martins; Regatieri Caio Vinícius Saito; Yu Maria Cecília Zorat; et al. Incidência de endoftalmite após cirurgia de catarata (2002-2008) num hospital universitário brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia,** São Paulo, v. 73, n. 6, p. 505-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492010000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 24 out. 2016.

MENDES Walter; MOURA Maria de Lourdes de Oliveira. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**; v.15, n.3, p.523-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/07.pdf >Acesso em: 30 out. 2016.

MEULENER; Lynn B. FRASER; Michelle Louise; MORLET, Nigel; JN, Jonathan. The impact of first- and second-eye cataract surgery on injurious falls that require hospitalisation: a whole-population study. **Age and Ageing,** v. 43, n. 3, p.341-346, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/aft177>. Acesso em: 17 dez. 2016.

MINUZZI Ana Paula, SALUM Nádia Chiodelli, LOCKS Melissa Orlandi Honório. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis v. 25, n.2, 27 jun. 2016. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>. Acesso em: 27 dez. 2016.

MONTEIRO, F. SILVA, L.R. "Check" Lista de Verificação de segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.12, especial, p.482-485, dez. 2013.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira. **Avaliação de eventos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro.** 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

MUNIZ, Rosane Vargas; et al. Criação e evolução da lista de verificação segura específica para oftalmologia. **Rev. Acreditação**, Brasil, v.5, n.9, p.85-101, 2015. Disponível em: < https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626618>. Acesso em: 16 mar. 2017.
NIEVA, V.F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety Health Care**, USA, v. 12, (Suppl II), p.ii17–ii23, 2003. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/pdf/v012p0ii17.pdf>. Acesso em: 04 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Manual - cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) /Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. 211p.

_____. **Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas (Guia de Implementação para cirurgia segura da OMS).** Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Organização de Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

PANCIERE Ana Paula; SANTOS, Bruna Pegorer; AVILA Marla Andréia Garcia de; BRAGA. Eliana Mara. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

PANCIERE, Ana Paula; CARVALHO, Rachel. de; BRAGA, Eliana Mara. Aplicação do checklist para cirurgia Segura: Relato de experiência. **Revista SOBECC**, São Paulo; v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./mar. 2014. Disponível: <http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/05_sobecc_v19n1.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

PATEL, S, WU AW. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. **J Patient Saf**, v. 12, n. 2, p. 75-81, jun. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24681421>. Acesso: 28 dez. 2016.

PAZIN-FILHO, Antonio. IGLESIAS, Alessandro G. Empregos de simulações no ensino e na avaliação. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p.233-40, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p233-240>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PAZIN-FILHO, Antonio; SCARPELINI, Sandro. Simulação: definição. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, p. 162-6, 2007. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n2/2_simulacao_definicao.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PIRES José Calixto de Souza, MACEDO Kátia Barbosa. Cultura Organizacional em organizações públicas no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p.81-105, Jan/Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2016.

PRONOVOST, P. SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Safety Health Care**. v.14 n. 4, p. 231-3, 2005. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/4/231>. Acesso em: 28 mai. 2016.

RAFTOPOULOS Vasilios, PVLAKIS Andreas. Safety climate in 5 intensive care units: a Nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **Journal Critical Care**, The Netherlands, v. 28, n. 1 p. 51-61, fev. 2013. Disponível em: < http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(12)00152-9/fulltext>. Acesso em: 24 out. 2016.

REASON, James. Human error: models and management. **Brit Med J**., London, v.320, n.7237, p.768-770, Mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 10 out. 2015.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente:** validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

REIS, Claudia Tartaglia; LAGUARDIA, Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2199-210, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n11/19.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

RUDOLPH JW; et al. Helping without harming: the instructor's feedback dilemma in debriefing a case study. **Simul Healthc**. v. 8, n. 5, p. 304-16, out. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24084647>. Acesso em: 28 set. 2016.

SAMMER, Christine E.; et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **Journal Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010. Disponível em: <http://ohiohospitals.org/OHA/media/Images/Patient%20Safety%20and%20Quality/Documents/OPSI/CoS/4.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

SANINO. Giane Elis de Carvalho. O uso da simulação em enfermagem no Curso Técnico de Enfermagem. **Journal Health Inform**., v. 4 (Número Especial - SIIENF 2012), p. 148-51. dez .2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/247>. Acesso em: 29 set. 2016.

SANINO. Giane Elis de Carvalho. Simulação Realística no Ensino de Enfermagem. **J. Health Inform**., São Paulo, 4 (Número Especial - SIIENF 2012): p. 148-51, dez. 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/247/136>. Acesso em: 29 set. 2016.

SANTIAGO Verônica Cardoso; et al. Gatifloxacino e iodopovidine no pré-operatório de facectomia: influência na contagem de colônias bacterianas. **Revista SOB**, Rio de Janeiro, v. 74 n.1, jan/fev. 2015. Disponível em: <http://www.sboportal.org.br/rbo_descr.aspx?id=325>. Acesso em: 26 abr. 2017.

SANTOS JR, Júlio César Monteiro dos. O Paciente Cirúrgico Idoso. **Revista bras. Coloproct**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 305-316, 2003. Disponível em: <http://www.sbcp.org.br/revista/nbr234/P305_316.htm>. Acesso em; 13 mar. 2017.

SANTOS, Cláudia Moraes dos; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MORAES, Clayton dos Santos. Equipe Cirúrgica: Adesão a meta 1 da cirurgia segura. **Revista SOBECC**, São Paulo. v. 18, n. 4, p. 47-56, out/dez. 2013. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n4_out_dezet2013-9.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SANTOS. Mateus Casanova dos; Leite Maria Cecília Lorea. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 552-6, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a20>. Acesso em: 05 fev. 2016.

SEXTON. John B.; et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res**., Houston, v. 44, n. 6, p. 1-10, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>. Acesso em: 13 mar. 2016.

SILVA, Renata Flávia A. **Identificação de Riscos Relacionados ao Procedimento Técnico de mobilização do Paciente Crítico em Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca por Meio da Lista de Verificação (Checklist)**. 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SILVA. Flavia Giendruczak da; et al. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 202-209, Out/Dez 2016. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n4/202-209.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - SOBECC. **Práticas Recomendadas da SOBECC: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. São Paulo; 2013.

SOUZA, Lorena Pereira de; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo e; et.al. Eventos adversos: Instrumento de Avaliação do desempenho do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário. **Rev. enferm**., UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1: p.127-33, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

SOUZA, P. et al. **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses**: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; Haracemiw, Annelise; MAI, Lilian Denise. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Paraná, v. 20, n. 1, p. 203-209, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0203.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

TRAVASSOS. Claudia, CALDAS Bárbara. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente:** histórico e conceitos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência

Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2013.

TRIVINÕS, Augusto Nibaldo S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VEGRO Thamiris Cavazzani, ROCHA Fernanda Ludmilla Rossi, CARMELO Silvia Helena Henriques, GARCIA Alessandra Bassalobre. Cultura organizacional de um hospital privado. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n.2, 31 mai. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>. Acesso em: 14 mar. 2017.

VERAS Renato Peixoto. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Sci Human Soc Sci**. 2012; v.34, n.1, 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihumansoc.v34i1.16181>. Acesso em: 14 mar. 2017.

VRIES, Eefje N. et al. **Prevention of Surgery Malpractice Claims by use of a Surgical Safety Checklist**. Annals of Surgery, S/L v.253, n 3, mar. 2011.

WACHTER Robert M. **Compreendendo a segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478p.

WACHTER Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed; 2010. 320p.

WEISER Thomas G.; HAYNES Alex B.; DZIEKAN Gerald; BERRY William R.; LIPSITZ Stuart R, GAWANDE AA. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. **Ann Surgery,** S/L, v.251, n.5 :p.976-80, 2010. Disponível em: <http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Abstract/2010/05000/Effect_of_A_19_Item_Surgical_Safety_Checklist.28.aspx>. Acesso em: 12 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Patient safety – a global priority**. Bull World Health Organ; v.82 n.12: p.891-970, 2004.

_____. **WHO guidelines for safe surgery**. Geneva: WHO; 2009.

ZAVAREZE. Taís Evangelho; CRUZ Roberta Moraes. Instrumentos de medida de clima de segurança no trabalho: uma revisão de literatura. **Arquivos brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.62, n.2; 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n2/v62n2a07.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

ZEFERINO. Angélica Maria Bicudo; DOMINGUES. Rosângela Curvo Leite; AMARAL Eliana. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista bras. educ. médica**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.176-179, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200009>. Acesso em: 03 jun. 2017.

APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido – Etapa I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Etapa I: - Aplicação do questionário relativo a Atitudes de Segurança para avaliação da cultura de segurança da organização

Funcionários da instituição

Título: Adaptação e Validação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Cirúrgico Oftalmológico.

OBJETIVO DO ESTUDO: Adaptar e validar o *checklist* de cirurgia segura da OMS para cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Este é um estudo composto de cinco etapas. Neste momento, você está sendo convidado a participar da etapa I que trata da aplicação do questionário relativo a Atitudes de Segurança para avaliação da cultura de segurança da organização. **Você tem o direito de não participar deste estudo**. Estamos coletando informações para avaliar a cultura de segurança da instituição. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você responderá um questionário com perguntas a respeito da cultura de segurança da instituição. Você poderá devolver o questionário respondido a pesquisadora em um prazo de até dois dias.

RISCOS: Os riscos são considerados mínimos. Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências profissionais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Ressaltamos que você não será identificado em nenhum momento, garantindo o seu sigilo.

BENEFÍCIOS: Este estudo espera contribuir para incentivar a cultura de segurança da instituição, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Contudo, contribuirá para a qualidade e segurança da assistência prestada.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá nos questionários. Nenhuma publicação partindo deste estudo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital de Olhos Niterói. A pesquisa está vinculada com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar sendo a aluna Isabelle Caldas Amorim a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.ª Drª Karinne Cunha. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Isabelle Caldas Amorim no telefone (21) 981087077, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.
Assinatura: _____
Data: _____
Endereço_____
Telefone de contato _____

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Etapa II: - Adaptação da lista de verificação de cirurgia segura da OMS com médicos e enfermeiros

Médicos e Enfermeiros da instituição

Título: Adaptação e Validação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Cirúrgico Oftalmológico.

OBJETIVO DO ESTUDO: Adaptar e validar o *checklist* de cirurgia segura da OMS para cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Este é um estudo composto de cinco etapas. Neste momento, você está sendo convidado a participar da etapa II que trata da Adaptação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). **Você tem o direito de não participar deste estudo**. Estamos realizando uma coleta de informações a partir da análise crítica do *checklist* de cirurgia segura sugerido pela OMS sendo avaliado cada item disposto no instrumento de forma a auxiliar na construção de um *checklist* direcionado ao cenário cirúrgico oftalmológico. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você receberá um instrumento contendo o esboço do *checklist* de cirurgia segura adaptado à realidade cirúrgica oftalmológica e em seu verso constará a descrição com os itens sugeridos a constar. Você poderá devolver o questionário respondido a pesquisadora em um prazo de até dois dias.

RISCOS: Os riscos são considerados mínimos. Você pode desejar não emitir sua opinião e/ou sugestão a respeito dos itens contidos no esboço do checklist. Assim você pode escolher não responder ao instrumento caso se sinta incomodado. Ressaltamos que você não será identificado em nenhum momento, garantindo o seu sigilo.

BENEFÍCIOS: Este estudo espera contribuir com a prática de segurança cirúrgica a partir da confecção de uma lista de verificação de segurança cirúrgica adaptada ao cenário cirúrgico oftalmológico, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Contudo, contribuirá para a qualidade e segurança da assistência prestada.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não será citado no instrumento. Nenhuma publicação partindo deste estudo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital de Olhos Niterói. A pesquisa está vinculada com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar sendo a aluna Isabelle Caldas Amorim a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Drª Karinne Cunha. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Isabelle Caldas Amorim no telefone (21) 981087077, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.
Assinatura: _____
Data: _____
Endereço_____
Telefone de contato _____

APÊNDICE C: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Etapa III: Aplicação do Pré-teste 1 (simulação) do checklist adaptado e utilização de diário de campo para registro das dificuldades e facilidades apresentadas com a emprego do checklist durante o Pré-Teste 01 e revisão do mesmo conforme necessidade de ajuste.

Profissionais de Saúde

Título: Adaptação e Validação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Cirúrgico Oftalmológico.

OBJETIVO DO ESTUDO: Adaptar e validar o *checklist* de cirurgia segura da OMS para cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Este é um estudo composto de cinco etapas. Neste momento, você está sendo convidado a participar da etapa III que trata da aplicação do Pré-Teste 1 (simulação). **Você tem o direito de não participar deste estudo**. Estamos coletando informações para identificação de elementos fundamentais a constar no checklist e na identificação facilidades e dificuldades na aplicação do mesmo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional. **PROCEDIMENTO DO ESTUDO**: Se você decidir integrar este estudo, você participará do pré-teste que consiste na aplicação do *checklist* na modalidade de simulação através de "cases" baseados no cotidiano profissional. Você poderá vivenciar a simulação no papel de um paciente ou mesmo como profissional. **RISCOS**: Os riscos são considerados mínimos. A atuação no cenário de simulação poderá incomodar a você tendo em vista que envolverá ações relacionadas a sua prática profissional, podendo escolher não participar da dinâmica uma vez que o faça sentir-se incomodado. Você terá seu sigilo garantido. **BENEFÍCIOS**: Este estudo espera contribuir com a prática de segurança cirúrgica a partir da retratação de um cenário prático com a aplicação do *checklist* de cirurgia segura adaptado a oftalmologia, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Contudo, contribuirá para a qualidade e segurança da assistência prestada. **CONFIDENCIALIDADE**: Nenhuma publicação partindo deste estudo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital de Olhos Niterói. A pesquisa está vinculada com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar sendo a aluna Isabelle Caldas Amorim a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Drª Karinne Cunha. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Isabelle Caldas Amorim no telefone (21) 981087077, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____
Data: _____
Endereço_____
Telefone de contato _____

APÊNDICE D: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Paciente

Etapa IV: Está relacionada à aplicação do Pré-teste 2, instrumento adaptado ao cenário de pesquisa com os profissionais de saúde no ambiente operatório; exercendo interface indireta com os pacientes no período perioperatório.

Título: Adaptação e Validação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Cirúrgico Oftalmológico.
OBJETIVO DO ESTUDO: Adaptar e validar o *checklist* de cirurgia segura da OMS para cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado. **ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**: Você tem o direito de não participar deste estudo. Se você aceitar participar será de forma indireta. Estamos coletando informações para que os dados obtidos possam subsidiar a adaptação e validação de um *checklist* de cirurgia segura no cenário cirúrgico oftalmológico. Contudo, se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no seu tratamento ou na sua vida pessoal. **PROCEDIMENTO DO ESTUDO**: Se você decidir participar de forma indireta neste estudo, você terá a aplicação do checklist pelo profissional observado pela pesquisadora durante o seu procedimento cirúrgico. **RISCOS**: Nesta etapa os riscos são considerados mínimos. Você pode achar que a observação incomoda a você, porque as informações coletadas serão em relação ao procedimento realizado em você. Assim, poderá escolher não participar da pesquisa por sentir-se incomodado. **BENEFÍCIOS**: A observação da realização do procedimento ajudará a identificar os elementos necessários para a adaptação do checklist de cirurgia segura, contribuindo para uma assistência cirúrgica mais segura. Contudo não será, necessariamente, para seu benefício próprio. **CONFIDENCIALIDADE**: Seu nome não constará em nenhum formulário da pesquisa a ser preenchido por nós. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital de Olhos Niterói. A pesquisa está vinculada com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar sendo a aluna Isabelle Caldas Amorim a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.ª Drª Karinne Cunha. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Isabelle Caldas Amorim no telefone (21) 981087077, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____
Data: _____
Endereço_____

APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido – ETAPA IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Etapa IV: Aplicação do Pré-Teste 2 do checklist adaptado e observação não participante das dificuldades e facilidades apresentadas com a emprego do checklist durante o Pré-Teste 02 e revisão do mesmo conforme necessidade de ajuste.

Profissionais de Saúde

Título: Adaptação e Validação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Cirúrgico Oftalmológico.

OBJETIVO DO ESTUDO: Adaptar e validar o *checklist* de cirurgia segura da OMS para cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Este é um estudo composto de cinco etapas. Neste momento, você está sendo convidado a participar da etapa IV que trata da aplicação do Pré-Teste 2. **Você tem o direito de não participar deste estudo**. Estamos coletando informações para identificação de elementos fundamentais a constar no checklist, das facilidades e dificuldades na aplicação do mesmo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional. **PROCEDIMENTO DO ESTUDO**: Se você decidir integrar este estudo, você será observado durante a aplicação do checklist adaptado no período perioperatório. **RISCOS**: Nesta etapa os riscos são considerados mínimos. Você poderá sentir-se incomodado com a observação durante a aplicação do checklist. Você poderá optar por não ser observado e, portanto, escolher não participar da pesquisa por sentir-se incomodado. Você terá seu sigilo garantido. **BENEFÍCIOS**: A observação da realização do procedimento ajudará a identificar os elementos necessários para a adaptação do checklist de cirurgia segura, contribuindo para uma assistência cirúrgica mais segura. Contudo não será, necessariamente, para seu benefício direto. **CONFIDENCIALIDADE**: Nenhuma publicação partindo deste estudo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, a pesquisadora não divulgará nenhum dado de pesquisa. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital de Olhos Niterói. A pesquisa está vinculada com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar sendo a aluna Isabelle Caldas Amorim Fangueiro Rosa a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.ª Drª Karinne Cunha. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Isabelle Caldas Amorim no telefone (21) 981087077, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____Data:_____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

ANEXO A: Distribuição das respostas por itens do SAQ em um Hospital especializado em cirurgias oftalmológicas

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n= 27)	DT/DP N (%)	Neutro N (%)	CT/CP N (%)	NA/SR* N (%)
Clima de Trabalho em Equipe	1	As sugestões dos enfermeiros são bem recebidas nesta área?	1 (3,70)	5 (18,5)	18 (66,6)	3 (11,1)
	2 ®	Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	6 (22,2)	6 (22,2)	14 (51,8)	1 (3,70)
	3	Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado	4 (14,8)	4 (14,8)	18 (66,6)	1 (3,70)
	4	Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes	4 (14,8)	0	22 (81,4)	1 (3,70)
	5	É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem	1 (3,70)	3 (11,1)	22 (81,4)	1 (3,70)
	6	Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	5 (18,5)	7 (25,9)	15 (55,5)	0
Clima de Segurança	7	Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente	3 (11,1)	2 (7,40)	21 (77,7)	1 (3,70)
	8	Erros são tratados de modo apropriado nesta área	1 (3,70)	2 (7,40)	21 (77,7)	3 (11,1)
	9	Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área	1 (3,70)	5 (18,5)	19 (70,3)	2 (7,40)
	10	Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho	7 (25,9)	2 (7,40)	16 (59,2)	2 (7,40)
	11 ®	Nesta área, é difícil discutir sobre erros	11 (40,7)	1 (3,70)	14 (51,8)	1 (3,70)
	12	Sou encorajado (a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente	2 (7,40)	2 (7,40)	20 (74,0)	3 (11,1)
	13	A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros	4 (14,8)	9 (33,3)	11 (40,7)	3 (11,1)
	14	Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração	1 (3,70)	13 (48,1)	9 (33,3)	4 (14,8)

Domínios		SAQ: QUESTIONÁRIO ATITUDES DE SEGURANÇA (n= 27)	DT/DP N (%)	Neutro N (%)	CT/CP N (%)	NA/SR* N (%)
Satisfação no trabalho	15	Eu gosto do meu trabalho	0	0	25 (92,5)	2 (7,40)
	16	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família	2 (7,40)	4 (14,8)	18 (66,6)	3 (11,1)
	17	Este é um bom lugar para trabalhar	0	9 (33,3)	18 (66,6)	0
	18	Eu me orgulho de trabalhar nesta área	1 (3,70)	3 (11,1)	19 (70,3)	4 (14,8)
	19	O moral nesta área é alto	0	9 (33,3)	15 (55,5)	3 (11,1)
Percepção do Estresse	20	Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado	5 (18,5)	8 (29,6)	11 (40,7)	3 (11,1)
	21	Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)	5 (18,5)	0	18 (66,6)	4 (14,8)
	22	Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis	4 (14,8)	7 (25,9)	12 (44,4)	4 (14,8)
	23	O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (Ex: reanimação cardiorrespiratória e convulsões)	6 (22,2)	4 (14,8)	5 (18,5)	12(44,4)
Percepção da gerencia	24	A administração apoia meus esforços diários (adm da unidade)	2 (7,40)	6 (22,2)	7 (25,9)	12(44,4)
	24.1	A administração apoia meus esforços diários (adm do hospital)	4 (14,8)	3 (11,1)	9 (33,3)	11(40,7)
	25	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (adm da unidade)	4 (14,8)	4 (14,8)	7 (25,9)	12(44,4)
	25.1	A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente (adm do hospital)	6 (22,2)	7 (25,9)	6 (22,2)	8 (29,6)
	26	A administração está fazendo um bom trabalho (adm da unidade)	0	2 (7,40)	12 (44,4)	13(48,1)
	26.1	A administração está fazendo um bom trabalho (adm do hospital)	0	4 (14,8)	12 (44,4)	11(40,7)
	27	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva (adm da unidade)	2 (7,40)	6 (22,2)	7 (25,9)	12(44,4)
	27.1	Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva (adm do hospital)	2 (7,40)	6 (22,2)	10(37,0)	9 (33,3)
	28	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho (adm da unidade)	1 (3,70)	3 (11,1)	9 (33,3)	14(52,0)

	28.1	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar o meu trabalho (adm do hospital)	2 (7,40)	5 (18,5)	12 (44,4)	8(29,6)
	29	Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes?	10(37,0)	4 (14,8)	10(37,0)	3(11,1)
Condições de Trabalho	30	Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe	6 (22,2)	2 (7,40)	16 (59,2)	3(11,1)
	31	Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim	1 (3,70)	10 (37,0)	11 (40,7)	5(18,5)
	32	Estagiários na minha profissão são adequadamente supervisionados	2 (7,40)	6 (22,2)	11 (40,7)	8(29,6)
	33	Eu vivencio boa colaboração com os (as) enfermeiros (as) nesta área	0	3 (11,1)	18 (66,6)	6(22,2)
	34	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área	1 (3,70)	6 (22,2)	17 (63,0)	3(11,1)
	35	Eu vivencio boa colaboração com a equipe de farmacêuticos nesta área	0	3 (11,1)	18 (66,6)	6(22,2)
	36 ®	Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns	12(44,4)	6 (22,2)	7 (25,9)	2(7,40)

ANEXO B - Comprovante de envio do projeto

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL CIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO (Provisório)
Pesquisador Responsável: Isabelle Caldas Amorim Ribeiro
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 48307515.9.0000.5285
Submetido em: 14/08/2015
Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

PLATAFORMA BRASIL COORDENADOR PLATAFORMA BRASIL

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_568748

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

rsão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
Projeto Original (PO) - Versão 1
Currículo dos Assistentes
Documentos do Projeto
Folha de Rosto - Submissão 1
Informações Básicas do Projeto - Subm
Outros - Submissão 1
Projeto Detalhado / Brochura Investigac

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
Parecer Consubstanciado do CEP	Aceito	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1213985.pdf	03/09/2015 12:18:01	

ANEXO C - Parecer consubstanciado CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL CIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO (Provisório)

Pesquisador: Isabelle Caldas Amorim Fangueiro Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48307515.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.213.985

Apresentação do Projeto:

O presente estudo reconhece a necessidade de melhor qualificar as ações do cuidado cirúrgico a pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas oftalmológicas. Portanto, temos como objetivo central adaptar e validar o checklist de cirurgia segura para cirurgias oftalmológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa a ser realizado em um hospital especializado no atendimento cirúrgico oftalmológico. O estudo será dividido em cinco etapas onde inicialmente será realizada a aplicação de um questionário relativo a atitudes de segurança a todos os profissionais da instituição com vista a avaliar a cultura de segurança da organização (Etapa I); na Etapa II pretende-se adaptar a lista de verificação de cirurgia segura da OMS ao contexto cirúrgico oftalmológico. A Etapa III será caracterizada pela aplicação do checklist adaptado a oftalmologia (Pré-Teste I) através de um treinamento simulado em concomitante com a utilização de um diário de campo para registro da facilidades e dificuldades apresentadas; na Etapa IV prevista a realização de um segundo teste piloto do checklist adaptado (Pré-Teste 2) em data e horário de movimento cirúrgico, por um período de uma semana, em procedimentos cirúrgico aleatórios e na Etapa V será realizada a validação interna e externa do conteúdo do "Checklist para

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep.uniriio09@gmail.com

cirurgia oftalmológica segura" com

especialistas.

Objetivo Primário:

Adaptar e validar o checklist de "cirurgia segura" da OMS, para a cirurgias oftalmológicas em um hospital especializado.

Objetivo Secundário:

1.Realizar diagnóstico situacional da cultura de segurança na instituição cenário da pesquisa 2.Identificar e discriminar os itens que deverão estar contemplados na adaptação do checklist de "cirurgia segura" e considerados pela equipe médica e de enfermagem durante o período perioperatório;

3.Realizar um pré-teste com o instrumento adaptado utilizando como estratégia a simulação realística com profissionais de saúde da instituição cenário;

4. Validar o instrumento que será construído "Checklist para cirurgia oftalmológica segura".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Etapa I: Os riscos são considerados mínimos; determinadas perguntas poderão incomodar o participante da pesquisa tendo em vista que as informações coletadas envolverão as experiências profissionais individuais de cada um, podendo o participante escolher não responder qualquer uma das perguntas que o façam sentir -se incomodados. Os participantes terão o seu o seu sigilo garantido.

Etapa II:Os riscos são considerados mínimos; os participantes poderão não desejar emitir opinião e/ou sugestão a respeito dos itens do instrumento; podendo escolher não responde-lo.

Os participantes terão o seu o seu sigilo garantido.

Etapa III: Nesta etapa, os riscos são considerados mínimos; a atuação no cenário de simulação poderá incomodar os participantes da pesquisa tendo em vista que envolverá ações relacionadas a sua prática profissional, podendo os participantes escolherem não participar da dinâmica uma vez que o façam sentir-se incomodados. Os participantes terão o seu o seu sigilo garantido.

Etapa IV: Nesta etapa os riscos são considerados mínimos. Os participantes poderão sentir-se incomodados com a observação durante a aplicação do checklist adaptado no período perioperatório. Eles poderão optar por não serem observados e, portanto, escolher não participar da

pesquisa por sentirem-se incomodados.

Etapa V: Os riscos são considerados mínimos. O participante avaliará um instrumento checklist por

meio de Escala Likert com técnica Delphi e posteriormente dará a opinião de especialista sobre os dados avaliados, tendo seus dados pessoais preservados. Contribuirá para validação do "Checklist para cirurgia oftalmológica segura" e para uma assistência cirúrgica oftalmológica mais segura. Contudo não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Benefícios:

Etapa I: Contribuir para incentivar a cultura de segurança da instituição, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Contudo, contribuirá para a qualidade e segurança da assistência prestada.

Etapa II:Contribuir com a prática de segurança cirúrgica a partir da confecção de uma lista de verificação de cirurgia segura adaptada ao cenário cirúrgico oftalmológico, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Contudo, contribuirá para a qualidade e segurança da assistência prestada.

Etapa III: Propõem-se contribuir com a prática de segurança cirúrgica a partir da retratação de um cenário prático com a aplicação do checklist lavagem e na esterilização de instrumentais. Qualidade e segurança da assistência prestada.

Etapa IV: A observação da realização do procedimento ajudará a identificar os elementos necessários para a adaptação do checklist de cirurgia segura, contribuindo para uma assistência cirúrgica mais segura. Contudo não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Etapa V:Contribuirá para validação do "Checklist para cirurgia oftalmológica segura" e para uma assistência cirúrgica oftalmológica mais segura. Contudo não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A cirurgia oftalmológica se apresenta com características distintas da outras especialidades em geral. Neste contexto desenvolve-se rotinas com o objetivo de tentar minimizar processos inflamatórios e ou infecciosos já que qualquer comprometimento ocular seja ele inflamatório ou imnfeccioso pode levar a perda deste órgão. Baseado nesta ótica, o presente estudo visa a elaboração e adequação de um controle efetivo em um ambiente cirúrgico/hospitalar, específico para procedimentos oftalmológicos, com o objetivo de minimizar possíveis complicações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação dos termos de anuência e do consentimento livre e esclarecido completos com a exceção do termo referente a "etapa IV" em que falta a identificação e assinatura do participante.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

Continuação do Parecer: 1.213.985

Recomendações:

A citada acima

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Etapa I- Questionário de Atitude segura.doc	12/08/2015 21:44:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Etapa II.doc	12/08/2015 21:46:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE etapa III.doc	12/08/2015 21:46:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE etapa IV pacientes.docx	12/08/2015 21:46:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE etapa IV profissionais.doc	12/08/2015 21:47:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Etapa V.doc	12/08/2015 21:47:24		Aceito
Outros	Instrumento Etapa IV Roteiro de	12/08/2015		Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

Continuação do Parecer: 1.213.985

Outros	observação.docx	21:52:53		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada.pdf	12/08/2015 21:41:21		Aceito
Outros	Autorização de uso do formulário-Atitudes de Segurança.pdf	13/08/2015 00:18:38		Aceito
Outros	Instrumento Etapa I - Questionário Atitudes de Segurança - Rhanna.pdf	14/08/2015 00:15:13		Aceito
Outros	Termo de Anuência - Hospital de Olhos - CEPAMD.pdf	14/08/2015 00:19:25		Aceito
Outros	Instrumento- Etapa II - Questionário do esboço do ckecklist.pdf	14/08/2015 00:20:34		Aceito
Outros	Instrumento Etapa II - Esboço do Checklist.pdf	14/08/2015 00:32:53		Aceito
Outros	Termo de anuencia HON.pdf	14/08/2015 15:12:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Isabelle em 14-8-15.doc	14/08/2015 17:29:32		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_568748.pdf	14/08/2015 19:12:28		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Setembro de 2015

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

ANEXO D - Termo de anuência

TERMO DE ANUÊNCIA

O Hospital de Olhos Niterói está de acordo com a execução do projeto *"Adaptação e Validação do checklist de cirurgia segura em um hospital cirúrgico oftalmológico*, coordenado pela pesquisadora Isabelle Caldas Amorim Fangueiro Rosa, aluna do Mestrado Profissional do Programa de Pós- Graduação em saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Niterói, 12 de agosto de 2015

Prof. Dr. Ruiitiro Yamame

Presidente CEPAMD

Riuitiro Yamane
Oftalmologista
CRM: 52.02036-0

ANEXO E - Termo de Compromisso com a Instituição

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Isabelle Caldas Amorim Fangueiro Rosa, portadora do RG nº 10.970.604-4, vinculada ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital de Olhos Niterói, a realizar a pesquisa sob o título de: **"Adaptação e Validação do Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Cirúrgico Oftalmológico".** A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo. O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Niterói, 11 de agosto de 2015.

Isabelle Caldas Amorim F. Rosa
Isabelle Caldas Amorim Fangueiro Rosa

Pesquisador (a)

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO F - SAQ - Questionário de atitudes de Segurança

Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:

Departamento: Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

- Use somente lápis número 2 — lápis número 2 — Preenchimento correto — Preenchimento incorreto
- Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar

Não se aplica
Concordo totalmente
Concordo parcialmente
Neutro
Discordo parcialmente
Discordo totalmente

Por favor, responda os itens seguintes relativos à sua unidade ou área específica
Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

A	B	C	D	E	X
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente	Não se aplica

1. As sugestões do (a) enfermeiro (a) são bem recebidas nesta área
2. Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente
3. Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex: não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)
4. Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
5. É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem
6. Os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) daqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada
7. Eu me sentiria seguro (a) se fosse tratado (a) aqui como paciente
8. Erros são tratados de modo apropriado nesta área
9. Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área
10. Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho
11. Nesta área, é difícil discutir sobre erros
12. Sou encorajado(a) por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto à segurança do paciente
13. A cultura nesta área torna fácil aprender com os erros dos outros
14. Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração
15. Eu gosto do meu trabalho
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família
17. Este é um bom lugar para trabalhar
18. Eu me orgulho de trabalhar nesta área
19. O moral nesta área é alto
20. Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
21. Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado (a)
22. Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis
23. O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência (ex: reanimação cardiorespiratória, convulsões)
24. A administração apóia meus esforços diários: Adm unid A B C D E X Adm hosp
25. A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente: Adm unid A B C D E X Adm hosp
26. A administração está fazendo um bom trabalho: Adm unid A B C D E X Adm hosp
27. Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva por nossa: Adm unid A B C D E X Adm hosp
28. Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho do (a): Adm unid A B C D E X Adm hosp
29. Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes
30. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
31. Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim
32. Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados
33. Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros (as) nesta área
34. Eu vivencio boa colaboração com a equipe de médicos nesta área
35. Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área
36. Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns

INFORMAÇÕES

Você já havia preenchido este instrumento anteriormente? ○ Sim ○ Não ○ Não sabe Data (mês/ano):_____

Cargo: (marque somente um)

- ○ Médico da equipe responsável
- ○ Médico residente
- ○ Chefe de enfermagem
- ○ Enfermeiro (a)
- ○ Auxiliar de enfermagem / Técnico de enfermagem
- ○ Psicólogo
- ○ Farmacêutico (a)
- ○ Fisioterapeuta
- ○ Assistente social
- ○ Nutricionista
- ○ Técnico em nutrição/ radiologia /laboratório
- ○ Fonoaudiólogo
- ○ Administrativo (auxiliar escritório/ secretária/ recepcionista)
- ○ Suporte ambiental (pessoal da limpeza)
- ○ Outro:

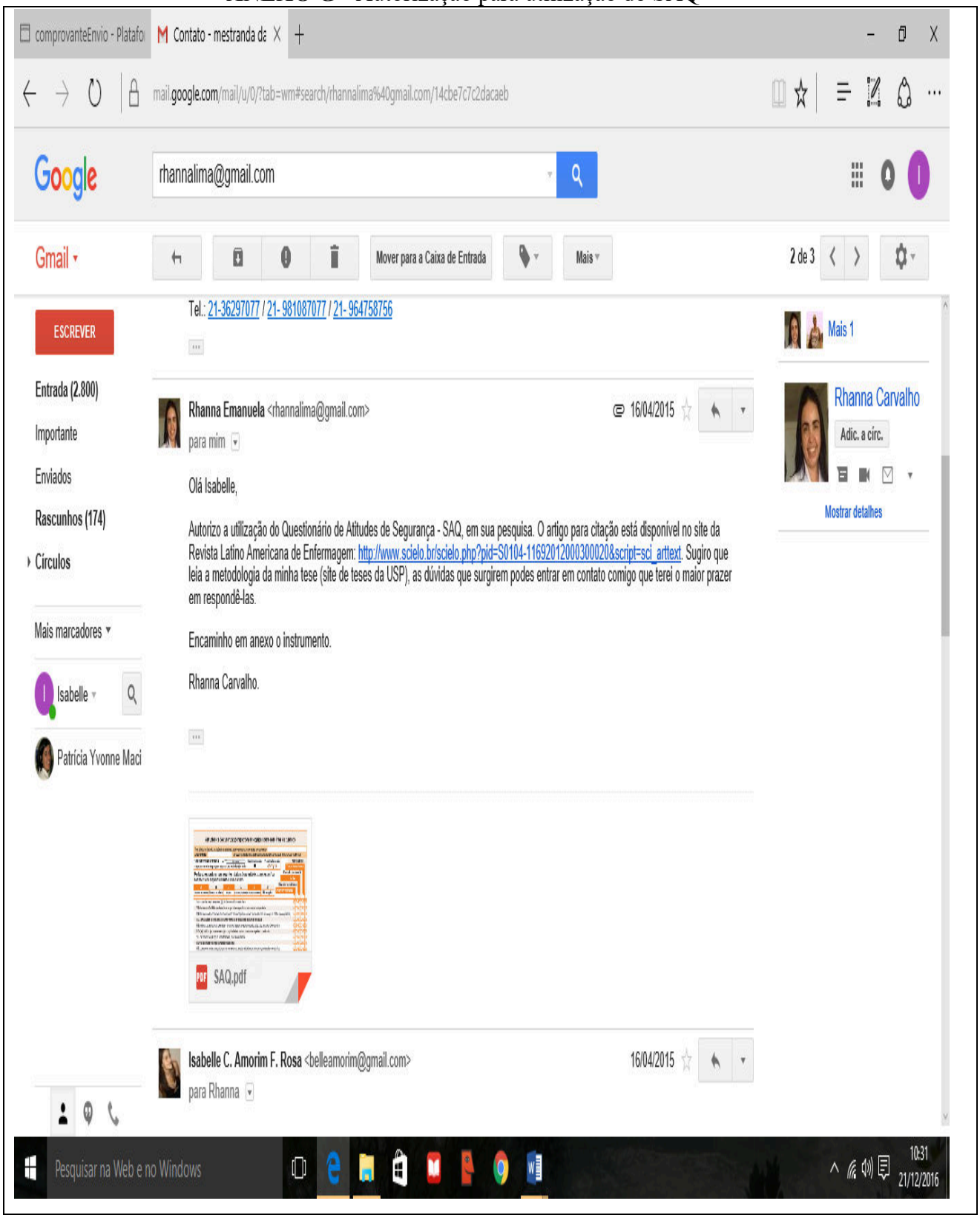
Gênero: ○ homem ○ mulher **Atuação principal:** ○ adulto ○ pediatria ○ ambos

Tempo na especialidade: ○ menos de 6 meses ○ 6 a 11 meses ○ 1 a 2 anos ○ 3 a 4 anos ○ 5 a 10 anos ○ 11 a 20 anos ○ 21 anos ou mais

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

POR FAVOR NÃO ESCREVA NESTA ÁREA

ANEXO G - Autorização para utilização do SAQ



comprovanteEnvio - Plataforma | Contato - mestranda da

mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#search/rhannalima%40gmail.com/14cbe7c7c2dacaeb

Google | rhannalima@gmail.com

Gmail | Mover para a Caixa de Entrada | Mais | 2 de 3

ESCREVER

Entrada (2.800)

Importante

Enviados

Rascunhos (174)

Círculos

Mais marcadores

Isabelle

Patrícia Yvonne Maci

Tel.: 21-36297077 / 21- 981087077 / 21- 964758756

Rhanna Emanuela <rhannalima@gmail.com> 16/04/2015

para mim

Olá Isabelle,

Autorizo a utilização do Questionário de Atitudes de Segurança - SAQ, em sua pesquisa. O artigo para citação está disponível no site da Revista Latino Americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300020&script=sci_arttext. Sugiro que leia a metodologia da minha tese (site de teses da USP), as dúvidas que surgirem podes entrar em contato comigo que terei o maior prazer em respondê-las.

Encaminho em anexo o instrumento.

Rhanna Carvalho.

SAQ.pdf

Isabelle C. Amorim F. Rosa <belleamorim@gmail.com> 16/04/2015

para Rhanna

Mais 1

Rhanna Carvalho

Adic. a circ.

Mostrar detalhes

Pesquisar na Web e no Windows

10:31 21/12/2016

ANEXO H - Lista de verificação de segurança cirúrgica - OMS

WORLD ALLIANCE for PATIENT SAFETY · Organização Pan-Americana da Saúde · SUS · ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária · Ministério da Saúde · BRASIL · World Health Organization

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica ▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes da incisão ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de o paciente sair da sala de operações

ENTRADA

- ☐ PACIENTE CONFIRMOU
  - IDENTIDADE
  - SÍTIO CIRÚRGICO
  - PROCEDIMENTO
  - CONSENTIMENTO
- ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA
- ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
- ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
- ☐ NÃO
- ☐ SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?
- ☐ NÃO
- ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
- ☐ NÃO
- ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

PAUSA CIRÚRGICA

- ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
- ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE:
  - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
  - SÍTIO CIRÚRGICO
  - PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS
- ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?
- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
- ☐ SIM
- ☐ NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
- ☐ SIM
- ☐ NÃO SE APLICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- ☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
- ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
- ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
- ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
- ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura

ANEXO I - Produto 01 – Lista de verificação de segurança cirúrgica oftalmológica

CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA OFTALMOLÓGICA

Logomarca
IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

Data de Admissão: _____ Nº de Registro do prontuário: _____ Sala operatória: _____

Nome do Paciente: _____ Data de Nasc: _____ Idade: _____

Procedimento Cirúrgico: _____ Cirurgião: _____ Anestesista: _____

Circulante: _____ Instrumentadora: _____

	ENTRADA / SIGN IN		PAUSA CIRÚRGICA/ TIME OUT		SAÍDA / SING OUT
	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA *confirmação no mínimo com a equipe de enfermagem e anestesista*		**ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA** *confirmação com a equipe de enfermagem, anestesista e cirurgião*		**ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA** *confirmação com a equipe de enfermagem, anestesista e cirurgião*
Equipe confirma verbalmente com o paciente	○ Identificação do Paciente *(confirmar o nome completo e dados da pulseira, prontuário e mapa cirúrgico)*	Confirmar verbalmente - Cirurgião, anestesista e enfermagem	○ Identificação do Paciente *(confirmar o nome completo e dados da pulseira, prontuário e mapa cirúrgico)*	Confirmar verbalmente - Cirurgião, anestesista e enfermagem	○ Registro do procedimento executado *(confirmar o nome do paciente, integridade da pulseira de identificação e procedimento cirúrgico realizado)*
	○ Sítio cirúrgico demarcado ( )Olho D ( ) Olho E		○ Sítio cirúrgico demarcado ( )Olho D ( ) Olho E ( )		○ Peça cirúrgica identificada juntamente com a solicitação médica ( ) Sim ( ) Não aplicável
	○ Procedimento Cirúrgico		○ Procedimento Cirúrgico Duração estimada do procedimento: _____ min		○ Procedimento proposto realizado? ( ) Sim ( ) Não Motivo: _____
	○ Consentimento Cirúrgico assinado		○ UO: Lente Intra Ocular em sala ( ) Sim ( ) Não aplicável		○ Intercorrências intraoperatórias? ( ) Sim Cite: _____ ( ) Não
	○ Consentimento Anestésico assinado		○ UO: Verificado especificações ( ) Sim ( ) Não aplicável		
	○ Exames Pré-operatórios e imagens essenciais disponíveis ( ) Não aplicável		○ Aplicação de colírio de iodopovidona (PVPI) ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplicável		○ Problema com equipamento? ( ) Sim ( ) Não
	○ Alergia conhecida? ( ) Sim Cite: _____ ( ) Não		○ Profilaxia antimicrobiana realizada? ( ) Sim ( ) Instilação tópica de colírio antibiótico nas últimas 24h ( ) Endovenosa em até 60' ( ) Não ( ) Não aplicável		○ Revisão de elementos-chave para recuperação do paciente e traçadas as recomendações pós-operatórias
Equipe	○ Risco de aspiração e via aérea difícil ( ) Sim, equipamentos e materiais de assistência ventilatória disponíveis e funcionantes ( ) Não		○ Transplante de córnea: Córnea doadora em sala ( ) Sim ( ) Não ( ) Não aplicável		○ Avaliação das condições clínicas para sair da sala operatória
	○ Equipamentos funcionantes		○ Materiais necessários encontram-se presentes em sala e artigos esterilizados validados para uso		Destino: ( ) RPA ( ) Quarto/ Enfermaria
Ass.	_____ carimbo e assinatura do profissional	Ass.	_____ carimbo e assinatura do profissional	Ass.	_____ carimbo e assinatura do profissional