

Enferm Bras 2019;18(4):561-9
<https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2826>

ARTIGO ORIGINAL

Conhecimentos, atitudes e práticas sobre cirurgia segura entre profissionais do bloco operatório

Emanuela Batista Ferreira e Pereira, D.Sc.*, Priscilla Renata do Nascimento Gomes Brito**, Ranna Carinny Gonçalves Ferreira**, Fernanda da Mata Vasconcelos Silva***, Vânia Chagas da Costa, M.Sc.****, Marília Perrelli Valença, D.Sc.*****

Enfermeira, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife/PE, **Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife/PE, *Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco, Recife/PE, ****Enfermeira, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife/PE, *****Enfermeira, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife/PE*

Recebido em 26 de março de 2019; aceito 3 de abril de 2019.

Correspondência: Emanuela Batista Ferreira e Pereira, Rua Arnóbio Marquês, 310 Santo Amaro 50100-130 Recife PE

Emanuela Batista Ferreira e Pereira: emanuela.pereira@upe.br
Priscilla Renata do Nascimento Gomes Brito: priscillarenata12@gmail.com
Ranna Carinny Gonçalves Ferreira: carinny97@gmail.com
Fernanda da Mata Vasconcelos Silva: nandadamata34@gmail.com
Vânia Chagas da Costa: vania.costa@upe.br
Marília Perrelli Valença: marilia.perrelli@upe.br

Resumo

Introdução: A temática da cirurgia segura é relevante para a prevenção de erros relacionados à assistência à saúde e deve ser sempre valorizada e motivo de atenção dos profissionais do bloco operatório. **Objetivo:** Identificar o conhecimento, atitudes e práticas da equipe multidisciplinar do bloco operatório sobre cirurgia segura baseada no uso da lista de verificação. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de característica descritiva, desenvolvido a partir do inquérito denominado CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas em saúde), com análise quantitativa dos dados. A amostra foi composta por 117 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atuam no bloco operatório de três hospitais da cidade de Recife/PE. Os dados foram coletados por meio de um formulário semiestruturado. **Resultados:** O conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais foram semelhantes nos três hospitais estudados, que apresentaram bons resultados, apesar do hospital C apresentar resultados inferiores aos hospitais A e B. **Conclusão:** Os profissionais dos hospitais analisados apresentaram-se de forma positiva quanto à compreensão e importância da cirurgia segura, porém observou-se uma omissão por parte de alguns profissionais do nível técnico quanto a algumas questões sobre o protocolo, apresentando a necessidade de uma capacitação profissional e abrangência do conhecimento sobre o tema.

Palavras-chave: segurança do paciente, prática profissional, centros cirúrgicos, conhecimento.

Abstract

Knowledge, attitudes and practices on safe surgery among professionals of the surgical block

Introduction: The theme of safe surgery is relevant to the prevention of errors related to health care and should always be valued and reason of attention of professionals of the surgery block. **Objective:** To identify the knowledge, attitudes and practices of the multidisciplinary team of surgery block about safe surgery based on the use of the checklist. **Methods:** This was a cross-sectional and descriptive study, developed from the investigation called CAP (Knowledge, Attitudes and Practices in health), with quantitative analysis of data. The sample was composed

of 117 professionals, including physicians, nurses and nursing technicians working in the block period of 3 hospitals in the city of Recife/PE. Data were collected through a semi-structured form. *Results:* The knowledge, attitudes and practices of professionals were similar among the three hospitals investigated. It showed good results, in spite of the hospital C presents inferior results to hospitals A and B. *Conclusion:* The professionals of the hospitals analyzed presented positively regarding the understanding and the importance of safe surgery; however, there was an omission on the part of some professionals of technical level regarding some questions about the protocol, showing the need for professional training and breadth of knowledge on the subject.

Key-words: patient safety, professional practice, surgical centers, knowledge.

Resumen

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la cirugía segura entre los profesionales del bloque quirúrgico

Introducción: El tema de la cirugía segura es relevante para la prevención de errores relacionados con el cuidado de la salud y siempre debe ser valorada y motivo de atención de profesionales del bloque quirúrgico. *Objetivo:* Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del equipo multidisciplinario de bloque quirúrgico acerca de la cirugía segura basada en la utilización de la lista. *Métodos:* Este fue un estudio transversal, descriptivo, característicos de la investigación desarrollada llamado CAP (Conocimientos, actitudes y Prácticas en salud), con el análisis cuantitativo de los datos. La muestra se compone de 117 profesionales, entre ellos médicos, enfermeras y técnicos que trabajan en el período de bloqueo de tres hospitales en la ciudad de Recife/PE. Los datos fueron recolectados a través de un formulario semi-estructurado. *Resultados:* Los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales fueron similares entre los tres hospitales investigados, que mostró buenos resultados, a pesar de que el hospital C presenta resultados inferiores a los hospitales A y B. *Conclusión:* Los profesionales de los hospitales analizados presentaron positivamente con respecto a la comprensión y la importancia de la seguridad de la cirugía, sin embargo, hubo una omisión por parte de algunos profesionales de nivel técnico acerca de algunas preguntas en el protocolo, mostrando la necesidad de la formación profesional y la amplitud de los conocimientos acerca de este tema.

Palabras-clave: seguridad del paciente, práctica profesional, centros quirúrgicos, conocimiento.

Introdução

Na atenção à saúde, a segurança do paciente surge como uma regra básica para um cuidado de qualidade. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36 de 22 de julho de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Segurança do Paciente é “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” [1]. A essência para a segurança está voltada para uma assistência livre de danos, mas é cada vez mais constante a ocorrência de erros relacionados ao cuidado prestado aos pacientes [2].

No que diz respeito à segurança da assistência cirúrgica, trata-se de uma prática que foi aperfeiçoada, concomitante ao aumento da realização de tratamentos complexos na área da saúde. Porém, esses avanços aumentaram também as possibilidades de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente, levando à incapacidade ou morte [2,3].

As falhas na segurança cirúrgica são reconhecidas como um problema de saúde pública. Nos países em desenvolvimento, a deficiência no sistema é agravada pela infraestrutura e equipamentos em situação precária, falhas na administração das organizações e no controle de infecções, assim como inadequações nas capacitações e treinamento de pessoal [4].

Tendo em vista a importância da cirurgia segura, e sua relevância para a prevenção de erros relacionados à assistência à saúde, esta sempre deve ser valorizada e motivo de atenção dos profissionais do centro cirúrgico. O conhecimento, as atitudes e práticas (CAP) relacionadas a esses profissionais permitem a compreensão do perfil de atuação de cada um neste setor como papel determinante, pois atuam nas ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos pacientes cirúrgicos e devem garantir a segurança do paciente, reduzindo riscos e danos desnecessários, evitando a ocorrência de incidentes e eventos adversos [5].

O inquérito CAP é um método de avaliação formativa que mapeia certa população e analisa a elaboração de possíveis intervenções. Consiste na mensuração dos conhecimentos da população estudada, das crenças e opiniões, que seriam as atitudes; e como as pessoas atuam, ou seja, a prática sobre um tema pré-determinado [6].

Este estudo justifica-se devido à necessidade de investigação sobre o tema, a fim de que as instituições de saúde e os profissionais de assistência à saúde tenham conhecimento da importância da utilização de protocolos e da prestação de cuidado seguro e humanizado, garantindo excelência dos resultados.

O objetivo do estudo é identificar o conhecimento, atitudes e práticas da equipe multidisciplinar do bloco operatório sobre o protocolo de cirurgia segura baseado no uso da lista de verificação.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, de característica descritiva, desenvolvido a partir do inquérito CAP com análise quantitativa dos dados. O estudo investigou o conhecimento, atitudes e práticas da equipe multidisciplinar relacionada à cirurgia segura.

O estudo foi desenvolvido nos blocos operatórios de três hospitais de referência na cidade do Recife/PE, voltados tanto para a assistência como na formação de recursos humanos em saúde, em nível de graduação, pós-graduação e de pesquisa.

A amostra foi do tipo não probabilística, com amostragem por adesão, constituída de 117 profissionais. Para o cálculo amostral, constituiu-se o conhecimento destes profissionais acerca do protocolo de cirurgia segura, avaliando seu conhecimento por meio de questões na Escala de Likert e perguntas abertas. Os critérios de inclusão foram os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) do bloco operatório com no mínimo 3 meses de atuação.

Os dados dos participantes do estudo foram coletados usando um questionário semiestruturado autoadministrado distribuído como cópias impressas pelas pesquisadoras. O período de coleta foi de outubro a novembro de 2018. A coleta de dados ocorreu diariamente, com abordagem do profissional no bloco operatório ou nas salas em comum (vestiários, copas, descanso etc), sendo explicado o objetivo do estudo e fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o questionário fosse preenchido anonimamente. As respostas dos participantes do estudo foram tratadas confidencialmente. Um teste piloto foi realizado em um dos hospitais inicialmente para garantir a praticidade e validade em questões e interpretação das respostas. Após esta etapa, algumas perguntas de difícil compreensão tiveram que ser revisadas para maior clareza ou excluídas conforme apropriado.

Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão, mediana e percentis para as variáveis numéricas. Para avaliar diferença entre hospitais ou associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada e para a comparação entre categorias em relação a variáveis numéricas foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. A escolha do teste de Kruskal-Wallis foi devido à ausência de normalidade dos dados em pelo menos uma das categorias e a verificação da normalidade foi através do teste de Shapiro-Wilk. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 23 [7,8].

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, com o CAAE número 93386918.2.0000.5207.

Resultados

Em relação à característica da amostra, o menor percentual de participação correspondeu aos participantes que atuavam no hospital B com 25,6% e os percentuais dos que atuavam no hospital A e hospital C variaram de 36,8% a 37,6%; a maioria (58,1%) era do sexo feminino. A idade dos pesquisados variou de 24 a 72 anos, teve média de 39,68 anos, desvio padrão de 11,14 anos e mediana de 39 anos; a média e mediana do tempo de formação foram 13,92 e 11 anos e a variabilidade foi elevada (desvio padrão superior à metade da média correspondente); em relação ao tempo de atuação, as estatísticas foram 10,16 e 6,00 anos e a variabilidade foi bem elevada (desvio padrão superior à média). O maior percentual (49,6%) de pesquisados eram médicos, seguida de técnicos de enfermagem (34,2%) e o (16,2%) restante de enfermeiros; a maioria (71,8%) possuía alguma especialização, desse valor 67,5% tinham curso Especialização/Residência e 4,3% tinha curso de Doutorado (Tabela I).

Tabela I – Característica da amostra. Recife, 2018.

Variável	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Grupo total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									p ⁽¹⁾ = 0,542
Masculino	19	44,2	10	33,3	20	45,5	49	41,9	
Feminino	24	55,8	20	66,7	24	54,5	68	58,1	
Faixa etária (anos)									p ⁽¹⁾ = 0,193
24 a 39	22	51,2	12	40,0	27	61,4	61	52,1	
40 ou mais	21	48,8	18	60,0	17	38,6	56	47,9	
Categoria profissional									p ⁽¹⁾ = 0,039
Médico	24	55,8	11	36,7	23	52,3	58	49,6	
Enfermeiro	2	4,7	6	20,0	11	25,0	19	16,2	
Técnico de Enfermagem	17	39,5	13	43,3	10	22,7	40	34,2	
Possui especialização?									p ⁽¹⁾ = 0,144
Sim	33	76,7	24	80,0	27	61,4	84	71,8	
Não	10	23,3	6	20,0	17	38,6	33	28,2	
Se sim, qual (o maior nível)?									p ⁽²⁾ = 0,024*
Graduação	10	23,3	6	20,0	17	38,6	33	28,2	
Especialização/Residência	28	65,1	24	80,0	27	61,4	79	67,5	
Doutorado	5	11,6	-	-	-	-	5	4,3	

(*) Diferença significativa a 5% ;(1) Através do teste Exato de Fisher; (2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela II descreve a avaliação das variáveis sobre o CAP das etapas antes da indução anestésica. Em relação ao conhecimento sobre o protocolo da cirurgia, é possível observar que a maioria expressiva (94,9%) afirmou conhecer o protocolo de cirurgia segura. Analisando tal questão entre os hospitais, houve diferença significativa ($p < 0,05$) sobre os que afirmaram conhecer o protocolo de cirurgia segura, sendo entre os profissionais do hospital C (88,6%) e variando de 96,7% a 100% nos outros dois serviços. Com exceção de dois participantes, todos os demais (98,3%) citaram haver alguma forma de identificação do paciente. Sobre o número de elementos identificadores na pulseira de identificação do paciente, os valores mais frequentes foram: 4, 3 e 2 elementos com 36,8%, 35,0% e 18,8% respectivamente. Questionados se há preocupação com a retirada de adornos, a maioria (68,4%) respondeu “Sempre”, sendo mais elevado entre os participantes do hospital B (93,3%) seguido do hospital A (74,4%) e hospital C (45,5%).

Ainda sobre a tabela II, na questão “Há checagem do consentimento informado?”, o percentual que responderam “Sempre” foi menor no grupo do Hospital C (40,9%) e variou de 66,7% a 76,7%, enquanto o percentual dos que responderam “Muitas vezes” foi pequeno entre os participantes do hospital A (14,3%), seguido no grupo do hospital B (20,0%) e 29,5% no hospital C, o percentual dos que responderam “Raramente acontece” foi menor entre os participantes do hospital B (3,3%), variou de 18,2% a 19,0% nos outros dois hospitais e o percentual que respondeu “Nunca” teve 11,4% entre os profissionais do Hospital C e foi nulo nos outros dois hospitais. Na questão “Há demarcação do sítio cirúrgico quando aplicado?” as respostas mais prevalentes foram “Sempre”, “Muitas vezes” e “Raramente” foram citadas por 43,5%, 22,6% e 21,7% respectivamente. Sobre a questão de qual profissional que geralmente realiza o procedimento, o percentual que respondeu ser o “Cirurgião/STAFF” foi mais elevado entre os participantes do hospital A (75,0%), seguido do Hospital B (55,6%) e menos elevado no grupo do Hospital C (43,2%), enquanto que o percentual dos que responderam “Residente” foi mais elevado no grupo do Hospital C (32,4%) variando de 11,1% a 15,0% nas outras duas categorias.

A tabela III demonstra a avaliação das variáveis sobre o CAP das etapas antes da incisão cirúrgica. Em relação à questão “Há algum tipo de confirmação dos dados do paciente e o local da incisão antes da cirurgia?”, a resposta “Sempre” foi citada pela maioria do grupo (63,2%), seguida de “Muitas vezes” (17,1%) e o restante respondeu “Raramente” (11,1%) e “Nunca” (8,5%). Sobre a padronização de profilaxia antimicrobiana no serviço, o percentual que citou “Sempre” foi mais elevado no grupo do Hospital B (90,0%), seguido do Hospital A (67,4%) e foi menos elevado no Hospital C (48,8%) enquanto que o percentual dos que responderam “Muitas vezes” foi menos elevado no Hospital B (10,0%), mais elevado no Hospital C (39,5%) e foi 20,9% no Hospital A. Sobre a checagem da validade da esterilização dos instrumentais, as respostas mais prevalentes foram: “Sempre” (72,6%) e “Muitas vezes” (17,9%). A maioria respondeu que “Sempre” (70,9%) há checagem de equipamentos da sala operatória, sendo o percentual mais elevado no grupo do hospital B (90%), seguido do hospital A (74,4%) e hospital C (54,5%),

enquanto que o percentual dos que responderam “Muitas vezes” foi menos elevado no Hospital B (10,0%) e variou de 20,9% a 38,6% nos outros dois hospitais. Quanto à questão “Há checagem das imagens essenciais e dos exames relacionadas à cirurgia?”, as respostas sempre e muitas vezes foram citadas por 72,4% e 24,1% respectivamente.

Tabela II – Avaliação das variáveis sobre o CAP das etapas antes da indução anestésica. Recife, 2018.

Variável	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Grupo total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Conhece o protocolo de cirurgia segura?									p ⁽¹⁾ = 0,044*
Sim	43	100,0	29	96,7	39	88,6	111	94,9	
Não	-	-	1	3,3	5	11,4	6	5,1	
Há alguma identificação do paciente?									p ⁽¹⁾ = 1,000
Sim	42	97,7	30	100,0	43	97,7	115	98,3	
Não	1	2,3	0	0,0	1	2,3	2	1,7	
Há preocupação com a retirada de adornos?									p ⁽¹⁾ = 0,001*
Sempre	32	74,4	28	93,3	20	45,5	80	68,4	
Muitas vezes	8	18,6	2	6,7	16	36,4	26	22,2	
Raramente acontece	3	7,0	-	-	6	13,6	9	7,7	
Nunca	-	-	-	-	2	4,5	2	1,7	
Há checagem do consentimento informado?									p ⁽¹⁾ = 0,005*
Sempre	28	66,7	23	76,7	18	40,9	69	59,5	
Muitas vezes	6	14,3	6	20,0	13	29,5	25	21,6	
Raramente acontece	8	19,0	1	3,3	8	18,2	17	14,7	
Nunca	-	-	-	-	5	11,4	5	4,3	
Há demarcação do sítio cirúrgico quando aplicado?									p ⁽²⁾ = 0,299
Sempre	18	42,9	14	46,7	18	41,9	50	43,5	
Muitas vezes	12	28,6	5	16,7	9	20,9	26	22,6	
Raramente acontece	9	21,4	4	13,3	12	27,9	25	21,7	
Nunca	3	7,1	7	23,3	4	9,3	14	12,2	
Geralmente quem realiza o procedimento?									p ⁽¹⁾ = 0,017*
Cirurgião/STAFF	30	75,0	15	55,6	16	43,2	61	58,7	
Enfermeiro(a)	-	-	2	7,4	4	10,8	6	5,8	
Técnico de Enfermagem	1	2,5	-	-	1	2,7	2	1,9	
Residente	6	15,0	3	11,1	12	32,4	21	20,2	
Não se aplica	3	7,5	7	25,9	4	10,8	14	13,5	
Há algum tipo de verificação da segurança anestésica?									p ⁽¹⁾ = 0,222
Sim	34	79,1	25	83,3	32	72,7	91	77,8	
Não	1	2,3	1	3,3	5	11,4	7	6	
Não sei informar	8	18,6	4	13,3	7	15,9	19	16,2	

(*) Diferença significativa a 5%; (1) Através do teste Exato de Fisher; (2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela III – Avaliação das variáveis sobre o CAP das etapas antes da incisão cirúrgica. Recife, 2018.

Variável	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Grupo total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Há algum tipo de confirmação dos dados do paciente e o local da incisão antes da cirurgia?									p (1) = 0,163
Sempre	26	60,5	23	76,7	25	56,8	74	63,2	
Muitas vezes	8	18,6	6	20,0	6	13,6	20	17,1	
Raramente acontece	5	11,6	-	-	8	18,2	13	11,1	
Nunca	4	9,3	1	3,3	5	11,4	10	8,5	
Há padronização de profilaxia antimicrobiana no serviço?									p (1) = 0,002*
Sempre	29	67,4	27	90,0	21	48,8	77	66,4	
Muitas vezes	9	20,9	3	10,0	17	39,5	29	25,0	
Raramente acontece	5	11,6	-	-	2	4,7	7	6,0	
Nunca	-	-	0	-	3	7,0	3	2,6	
Há checagem da validade da esterilização dos instrumentais?									p (1) = 0,084
Sempre	31	72,1	27	90,0	27	61,4	85	72,6	
Muitas vezes	9	20,9	3	10,0	9	20,5	21	17,9	
Raramente acontece	3	7,0	-	-	6	13,6	9	7,7	
Nunca	-	-	-	-	2	4,5	2	1,7	
Há checagem de equipamentos da sala operatória?									p (1) = 0,011*
Sempre	32	74,4	27	90,0	24	54,5	83	70,9	
Muitas vezes	9	20,9	3	10,0	17	38,6	29	24,8	
Raramente acontece	2	4,7	-	-	1	2,3	3	2,6	
Nunca	-	-	-	-	2	4,5	2	1,7	
Há checagem das imagens essenciais e dos exames relacionadas à cirurgia									p (1) = 0,128
Sempre	35	81,4	23	76,7	26	60,5	84	72,4	
Muitas vezes	6	14,0	7	23,3	15	34,9	28	24,1	
Raramente acontece	2	4,7	-	-	1	2,3	3	2,6	
Nunca	-	-	-	-	1	2,3	1	0,9	

(*) Diferença significativa a 5%; (1) Através do teste Exato de Fisher; (2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela IV evidencia a avaliação das variáveis sobre o CAP nas etapas antes do paciente sair da sala de operação. Na questão “Há contagem de instrumentais cirúrgicos?” as respostas “Sempre” e “Muitas vezes” no total foram 69,2% e 22,2% respectivamente, no qual o percentual que citou “Sempre” foi mais elevado no grupo do hospital B (93,3%) e variou de 58,1 a 63,6% nos outros dois hospitais. A maioria (89,7%) respondeu “Sempre” na questão “A identificação das amostras patológicas é realizada?”.

Tabela IV – Avaliação das variáveis sobre o CAP das etapas antes do paciente sair da sala de operação. Recife, 2018.

Variável	Hospital A		Hospital B		Hospital C		Grupo total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Há contagem de instrumentais cirúrgicos?	$p^{(1)} = 0,028^*$								
Sempre	25	58,1	28	93,3	28	63,6	81	69,2	
Muitas vezes	13	30,2	2	6,7	11	25,0	26	22,2	
Raramente acontece	3	7,0	-	-	4	9,1	7	6,0	
Nunca	2	4,7	-	-	1	2,3	3	2,6	
A identificação das amostras patológicas é realizada?	$p^{(1)} = 0,080$								
Sempre	42	97,7	25	83,3	38	86,4	105	89,7	
Muitas vezes	1	2,3	4	13,3	6	13,6	11	9,4	
Raramente acontece	-	-	1	3,3	-	-	1	0,9	

(*) Diferença significativa a 5%; (1) Através do teste Exato de Fisher; (2) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Discussão

Em uma análise comparativa dos 117 profissionais que participaram da pesquisa, houve predominância do sexo feminino nos três hospitais locais de estudo. Essa prerrogativa pode ser explicada devido à escassez do sexo masculino na equipe de enfermagem, sendo uma profissão que ainda predomina o sexo feminino, e ao constante crescimento de mulheres exercendo a medicina no país [9,10].

De acordo com o Ministério da Saúde, para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar, pelo menos, dois identificadores em pulseira branca, colocada no membro superior direito. Analisando as respostas dos questionados, observou-se uma desinformação do hospital B e C por parte de alguns profissionais, que asseguraram que haveria de 0 a 1 elemento identificador na pulseira, fato que vai de encontro aos protocolos de segurança do paciente [11].

De modo geral, os três hospitais avaliaram de forma positiva a retirada de adornos, trazendo um percentual elevado da prática de diminuição do risco de infecção, do conhecimento dos protocolos e, consequentemente, de uma cirurgia mais segura [12].

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao se paramentar, o profissional que participar do procedimento cirúrgico deve remover todos os adornos, antes de iniciar a degermação ou a antissepsia cirúrgica das mãos [13]. Na pesquisa, o hospital C, que tem uma média de 700 cirurgias por mês [14], trouxe uma porcentagem elevada de respostas negativas quanto à retirada dos objetos pessoais. Este fato é importante, devido ao alto risco de infecções associadas à quantidade elevada de cirurgias, que muitas vezes são de urgência; trazendo uma preocupação com o conhecimento, as atitudes e a prática destes profissionais acerca dos protocolos de segurança do paciente.

Outra questão trata-se da demarcação do sítio cirúrgico. Esta demarcação é fundamental em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (coluna vertebral). Os hospitais A e C possuem como principal especialização cirurgias gerais, traumatológicas e ortopédicas, que demandam uma demarcação de lateralidade como forma de prevenir erros. O hospital B, por outro lado, por se tratar de um hospital cardiológico, a demarcação não é tão utilizada podendo explicar a considerável negação da demarcação [15].

Dessa forma, é importante que o checklist seja adaptado ao contexto local e possa abranger o máximo de informações possíveis, havendo clareza e praticidade no preenchimento [16]. A demarcação de lateralidade é realizada pelo médico membro da equipe, no pré-operatório, com a autorização do paciente, confirmando o local da intervenção. De acordo com os profissionais questionados, o médico (Cirurgião/STAFF) é o principal demarcador, porém delegam aos residentes médicos esta função por algumas vezes. Nos Hospitais A e C, alguns profissionais citaram o técnico de enfermagem/circulante como demarcador, e os hospitais B e C elencaram o enfermeiro, mostrando desconhecimento do protocolo de cirurgia segura por parte de alguns profissionais [15].

A confirmação dos dados trata-se de um processo imprescindível na prevenção de possíveis erros. Sua verificação deve ser realizada, sempre que possível, com o próprio paciente, acordado e consciente, através da etiquetagem e identificação do paciente durante o processo de consentimento, devendo incluir todos os membros da equipe que estão envolvidos na

assistência ao paciente [4]. Nos hospitais estudados, houve uma quantidade de profissionais que não acreditavam que esta prática fosse realizada de forma efetiva em seu local de trabalho.

A padronização de profilaxia antimicrobiana teve resultado positivo, sendo realizada nos três hospitais, porém com menor frequência nos hospitais B e C. A profilaxia antimicrobiana é indicada quando há riscos elevados de infecção, como em pacientes idosos, imunodeprimidos e cirurgias de alta complexidade, devendo ser realizada durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. É importante salientar que há outras medidas para prevenção de infecções cirúrgicas que complementam o emprego do antibiótico durante a profilaxia, como o preparo pré-operatório adequado e a realização de técnicas cirúrgicas assépticas [4,17].

O manual da Organização Mundial de Saúde retrata a importância da identificação dos itens na sala operatória, devendo cada serviço especificar quando e qual profissional será responsável por essas checagens. No estudo em questão, a maioria dos entrevistados respondeu que há a verificação tanto dos instrumentais quanto dos equipamentos da sala operatória. Porém, uma quantidade significativa do hospital C relatou que essa prática não acontece com frequência, evidenciando o descumprimento do que está previsto no manual [4].

Quanto à utilização da checagem de imagens essenciais e dos exames relacionadas à cirurgia, verificou-se em sua maioria que é uma prática realizada nos hospitais pesquisados. O uso de exames de imagem é crucial para garantir o planejamento adequado e a condução de muitas cirurgias, incluindo procedimentos ortopédicos, da coluna e torácicos, e também ressecções de tumores [4].

Outro critério importante é a realização da identificação das amostras patológicas, que a maioria dos entrevistados respondeu que é algo que sempre acontece, havendo apenas uma resposta indicando uma possibilidade de ser uma prática que não é realizada. A identificação das amostras feita de maneira incorreta pode ser um problema grave para o paciente por se tratar de um procedimento essencial no seu tratamento. A identificação deve ser realizada por um profissional da equipe de enfermagem que confirmará a etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento, com o nome do paciente e descrição da amostra [4,15].

O conhecimento, atitudes e práticas (CAP) sobre o protocolo de cirurgia segura e sobre a utilização da lista de verificação observados nos resultados desta pesquisa, podem ser considerados equivalentes nos três hospitais, visto que a maioria das respostas foi semelhante. Avaliar o CAP dos profissionais que atuam no Bloco Operatório é um pré-requisito para implementar estratégias de prevenção e o monitoramento de riscos associados à prática cirúrgica. As atitudes de cada profissional estão diretamente ligadas à cultura da instituição da qual fazem parte [18].

Conclusão

O estudo propiciou avaliar o conhecimento dos profissionais e suas atitudes diante do protocolo de cirurgia segura e do checklist, de forma a considerar sua opinião a respeito do tema. Como visto no estudo, a maioria dos profissionais questionados conhece o protocolo de cirurgia segura e considera sua aplicação algo importante para o melhor funcionamento da assistência ao paciente.

Porém, foi observado que a maioria dos técnicos de enfermagem dos três hospitais era omissos quando se tratava do questionário, marcando “sempre” por diversas situações, diferente dos profissionais médicos e enfermeiros, que mostravam uma base de conhecimento maior sobre o tema, apesar de alguns não responderem de maneira satisfatória. O que pode ser questionado é se esta não participação/omissão está atrelada à falta de conhecimento ou receio por não conhecer meios de pesquisa, esta feita basicamente por profissionais do nível superior. O número reduzido de estudos sobre o tema também foi um empecilho na elaboração da discussão. Faz-se necessário um maior aprofundamento sobre esta problemática a fim de uma melhor discussão sobre o tema.

Parcerias com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição de estudo são consideradas boas estratégias para aprimorar conhecimentos e sanar dúvidas sobre a segurança do paciente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013.
2. Barbosa GA, Lieberenz LVA, Carvalho CA. A percepção dos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico em relação aos benefícios da implantação do protocolo de cirurgia segura em um hospital filantrópico no município de Sete Lagoas, MG. Revista Brasileira de Ciências da Vida 2018;6(3). Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavidada.com.br/index.php/RBCV/issue/view/19>
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Manual. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
5. Santana AIS, Fonseca DGP. As vivências na implantação do protocolo de cirurgias seguras em um hospital de pequeno porte de Sete Lagoas, Minas Gerais. Revista Brasileira de Ciências da Vida 2017;5(2). Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavidada.com.br/index.php/RBCV/article/view/534>
6. Rocha ACP, Feliciano AB, Carbol M, Candolo C, Callegari FVR. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina. Rev Bras Med Fam Comunidade 2015;11(38):1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)114](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)114)
7. Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. Great Britain, London: Chapman & Hall; 1991. 611 pg.
8. Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. 2 ed. Texas Tech University, New York: John Wiley & Sons; 1980. 495 pg.
9. Cofen. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>
10. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Protocolo de identificação do paciente. Manual. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
12. Bentlin MR, Rugolo LMSS, Ferrari LSL. Practices related to late-onset sepsis in very low-birth weight preterm infants. J Pediatr 2015;91(2):168-74. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.07.004>
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA; 2017.
14. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2018. [citado 2018 Abr 25]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para cirurgia segura. Manual. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
16. Epiu I, Tindimwebwa JV, Mijumbi C, Ndarugirire F, Twagirumugabe T, Lugazia ER et al. Working towards safer surgery in Africa; a survey of utilization of the WHO safe surgical checklist at the main referral hospitals in East Africa. BMC Anesthesiology 2016;16:60. <https://doi.org/10.1186/s12871-016-0228-8>
17. Giannattasio MB, Taniguchi FP. Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. Rev SOBEC 2016;21(3):125-31. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030002>
18. Ogoina D, Pondei K, Adetunji B, Chima G, Isichei C, Gidado S. Knowledge, attitude and practice of standard precautions of infection control by hospital workers in two tertiary hospitals in Nigeria. Journal of Infection Prevention 2015;16(1):16-22. <https://doi.org/10.1177/1757177414558957>