



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

TIMEOUT EM CIRURGIA SEGURA: DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE CIRÚRGICA QUANTO AO PROCESSO DE REALIZAÇÃO

¹Raquel Emanuele Alcoforado dos Santos, ²Dr. Kaliny Monteiro Simões, ^{3,*}Maria Carolina Salustino dos Santos, ⁴Fabiana Ângelo Ferreira, ⁵Suélida Rafaelade Melo Silva, ⁶Mirelly Kerflem da Silva Santos, ⁷AmandaMarinho da Silva, ⁸Rosideysede Souza Cabral Freitas, ⁹Nathalia Claudino do Nascimento and ¹⁰Élida de Fátima Souza Diniz

¹Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊJoão Pessoa, Paraíba, Brasil

²Professora de Enfermagem, Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊJoão Pessoa, Paraíba, Brasil

³Mestranda em enfermagem,Universidade Federal da Paraíba,João Pessoa, Paraíba, Brasil

⁴Professora de Enfermagem, Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊJoão Pessoa, Paraíba, Brasil

^{5,6,7,8,9} Bacharel em Enfermagem.Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊJoão Pessoa, Paraíba, Brasil

¹⁰Bacharel em Enfermagem,Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, Paraíba, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 28th May, 2019

Received in revised form

11th June, 2019

Accepted 03rd July, 2019

Published online 30th August, 2019

Key Words:

Segurança do Paciente. Protocolo. Centro Cirúrgico. Enfermagem. Comunicação. Cuidado.

ABSTRACT

O objetivo do estudo foi verificar quais as dificuldades e facilidades encontradas pela equipe cirúrgica sobre a realização do *timeout* em cirurgia segura. Tratou-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, descritiva e exploratória realizada por meio de aplicação de um instrumento semiestruturado, com 30 profissionais médicos e técnicos de enfermagem atuante no Centro Cirúrgico de um hospital municipal de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Dentre os resultados, sobre as facilidades e dificuldades, (47%) dos participantes atribuiu a boa comunicação entre a equipe cirúrgica como um fator que facilita a aplicação do *timeout*. Quanto ao fator que mais dificulta o processo, a falta de colaboração da equipe cirúrgica prevaleceu com (33%). Concluiu-se que apesar da boa comunicação entre a equipe cirúrgica, a falta de colaboração é um empecilho para a realização do *timeout*.

Copyright © 2019, Raquel Emanuele Alcoforado dos Santos s et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Raquel Emanuele Alcoforado dos Santos, Dr. Kaliny Monteiro Simões, Maria Carolina Salustino dos Santos, et al. 2019. "Timeout em cirurgia segura: dificuldades e facilidades encontradas pela equipe cirúrgica quanto ao processo de realização", *International Journal of Development Research*, 09, (08), 29342-29347.

INTRODUCTION

A segurança do paciente é de grande importância para a qualidade da assistência, definindo a redução de riscos desnecessários associado ao cuidado prestado. A cultura da segurança é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na RDC nº 36/2013 como conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013). Persistindo na necessidade de investimentos na busca da melhoria da qualidade de segurança nas intervenções

*Corresponding author: Maria Carolina Salustino dos Santos, Mestranda em enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

cirúrgicas, que resulte progressivamente em um maior número de vidas salvas, a segurança do paciente pode ser alcançada através de três ações complementares: evitar a ocorrência de eventos adversos; tornar os erros visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes (AMARAL, 2013). Discussões sobre a segurança do paciente vêm crescendo bastante no meio científico e assistencial, visto que a ocorrência de eventos adversos; definidos como resultado negativo à prática em serviços de saúde que envolva qualquer profissional ligado à assistência; aumentou gradativamente nas instituições hospitalares representando um grave problema de saúde pública. No centro cirúrgico especificamente, esses eventos adversos ocorrem por falta de registros em prontuários que identifique o paciente e o procedimento a ser realizado, dificultando a coesão e comunicação entre os membros da equipe cirúrgica (LIMA, 2013).

Na avaliação de especialistas em segurança do paciente, com o conhecimento que atualmente a área cirúrgica possui, torna-se inadmissível esse tipo de complicação. Os procedimentos cirúrgicos errados, em local errado, em paciente errado são eventos que nunca deveriam ocorrer (CORONA, 2015). Os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), na 55ª Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 2002, reconheceu a necessidade de reduzir o dano e o sofrimento de pacientes que foram lesados por erros médicos. Nesse contexto, acordaram uma resolução, a 55.18, que visa aumentar a segurança do paciente dentro das políticas públicas mundiais. Já em outubro de 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente que em 2005, passou a definir temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, conhecidos como Desafios Globais (FILHO, 2013). A partir dos estudos realizados e dados levantados, a OMS publicou um manual em 2008, com o mesmo título do Programa, com orientações que objetivam mudanças nas ações para promoção da segurança do paciente cirúrgico. No Brasil, o manual só foi publicado em 2009 com apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde, tendo como objetivo a redução de infecções cirúrgicas e de complicações relacionadas aos procedimentos anestésicos, treinamento de equipes para trabalhar em prol da segurança do paciente e obtenção de indicadores de assistência segura (MAZIERO, 2012).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha 'Cirurgias Seguras Salvam Vidas' que tem como finalidade implantar medidas para reduzir a ocorrência de incidentes como mortalidade cirúrgica, propiciando maior segurança para o paciente durante procedimentos cirúrgicos por meio de protocolos, dentre eles o Protocolo de Cirurgia Segura (PANCIERI, 2014). A *Joint Commission Internacional* (JCI) através do 'Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado ou Pessoa Errada' preconiza a marcação do sítio cirúrgico, o processo de verificação pré-operatório e uma pausa realizada imediatamente antes do início do procedimento para aplicação do *check-list*, denominada *timeout* (MARTINS, 2014). O uso do *timeout* visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, porém, é necessário que os profissionais façam uso da ferramenta, *check-list*, em sua prática diária, o que só será possível quando a equipe cirúrgica compreende a importância e a necessidade do mesmo.

A finalidade do protocolo de cirurgia segura é determinar medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes. Portanto, o interesse por este estudo surgiu com base na experiência em um centro cirúrgico que implementou a Lista de Verificação de Cirurgia Segura, porém não a utiliza de forma correta como ferramenta de trabalho, sendo perceptível a necessidade do uso correto, para evitar danos maiores ao paciente. Com base no problema levantado acima é oportuno elaborar o seguinte questionamento: quais as dificuldades e facilidades para a execução do *timeout* apresentadas pela equipe cirúrgica? Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo verificar quais as dificuldades e facilidades encontradas pela equipe cirúrgica na realização do *timeout* em cirurgia segura. Levando em consideração o nível de conhecimento dos profissionais acerca da aplicação do PCS e a opinião da equipe cirúrgica sobre a importância do *check-list* na segurança do processo cirúrgico.

A preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em instituições de saúde tem surgido em âmbito global. Grandes desafios são enfrentados por especialistas em segurança do paciente, que buscam a diminuição de eventos nessas instituições de saúde. Dentre esses desafios, fazer com que seus dirigentes entendam que muitas das causas de erros e eventos adversos decorrem de vários fatores, inclusive erros de profissionais, onde os mesmos estão suscetíveis a cometer quando não há planejamento nos processos técnicos e organizacionais, são primordiais na qualidade e segurança do cuidado. Outro desafio está no desenvolvimento de pesquisas científicas que visem minimizar a distância que existe entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem quantitativa, de natureza descritiva e exploratória realizada no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital municipal de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A escolha deu-se por ser um hospital de referência em cirurgia e ter uma grande quantidade de procedimentos eletivos ao mês. A população foi composta por 40 profissionais com amostra de 30 integrantes da equipe cirúrgica atuante no período diurno, representada por 14 médicos e 16 técnicos de enfermagem. A amostra dos participantes se deu por conveniência e corresponde aos membros da equipe cirúrgica que presta serviço na unidade de CC. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento semi-estruturado no intuito de obter informações inerentes a execução do PCS, viabilizando o alcance dos objetivos propostos para o presente estudo. O questionário é composto por dez questões objetivas, sendo divididas em duas etapas. A primeira etapa, organizada em seis questões que contempla a caracterização da amostra, onde inclui: gênero, idade, categoria profissional, carga horária semanal de trabalho, tempo de atuação em centro cirúrgico e tempo de atuação em serviços de saúde. A segunda etapa contém quatro questões, de modo que será investigado o conhecimento acerca do PCS e a opinião dos participantes a respeito das dificuldades e facilidades na aplicação do *timeout* de cirurgia segura.

Na referida pesquisa, foram considerados como critérios de inclusão técnicos de enfermagem e médicos com tempo de atuação profissional maior do que um ano, em atividade laboral permanente no momento em que a pesquisa estava sendo obtida; e profissionais que realizam cirurgias eletivas de pequeno, médio e grande porte. Foram excluídos os profissionais da equipe da cirúrgica que não aceitaram participar da pesquisa, os que estavam em período de férias, aqueles que no momento da pesquisa foram solicitados por algum chamado de urgência. Os dados obtidos foram tabulados e analisados por meio de frequência absoluta e relativa. As informações coletadas foram digitadas em uma planilha eletrônica Microsoft Excel onde foram criados quadros e gráficos. dados das facilidades e dificuldades notou-se que para melhor interpretação e entendimento dos resultados fez-se necessário dar significado as pontuações de 1 a 5, classificadas no instrumento de coleta. Para as facilidades a pontuação utilizada foi 5 = muito fácil, 4 = fácil, 3 = indiferente, 2 = difícil e 1 = muito difícil. E para as dificuldades, a pontuação utilizada foi 5 = muito difícil, 4 = difícil, 3 = indiferente, 2 = fácil e 1 = muito fácil. A seguir, apresentam-se os resultados. Por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos, foram respeitados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

que regulamenta normas para as pesquisas com seres humanos e segue os princípios básicos da bioética. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa foram apresentados em duas partes; o primeiro referente aos dados de caracterização dos participantes e a segunda em relação à aplicação do protocolo, especificamente quanto aos itens de conhecimento prévio do PCS, importância atribuída, e classificação das facilidades e dificuldades na realização do *timeout*. Foi selecionada uma amostra de 30 profissionais, feita por conveniência, participaram 16 técnicos de enfermagem e 14 médicos que atuam no centro cirúrgico. A tabela 1 apresenta os dados referentes à caracterização dos participantes da pesquisa. Na Tabela 1, a análise das informações verificou-se que, 19 (63%) dos participantes da pesquisa eram do gênero feminino, predominando sobre o gênero masculino, 11 (37%). No que se refere à faixa etária, prevaleceu entre 30 a 39 anos com 11 (37%) dos participantes seguida da faixa etária de 40 a 49 anos com 10 (33%), representando uma população de adultos, que sugere maior experiência na carreira profissional. A categoria profissional prevalente foi de técnicos de enfermagem com 16 (53%) e 14 (47%) médicos.

Tabela 1. Caracterização dos participantes (n=30)

Variáveis	F	Total%
Gênero	-	-
Feminino	19	63%
Masculino	11	37%
IDADE	-	-
20 a 29 anos	3	10%
30 a 39 anos	11	37%
40 a 49 anos	10	33%
50 a 59 anos	5	17%
60 a 69 anos	1	3%
Categoria profissional	-	-
Médico	14	47%
Técnico de Enfermagem	16	53%
Carga horária semanal	-	-
30 a 60 horas	23	77%
61 a 91 horas	6	20%
Acima de 91 horas	1	3%
Tempo de atuação em centro cirúrgico	-	-
1 a 10 anos	15	50%
11 a 20 anos	7	23%
21 a 30 anos	5	17%
31 a 40 anos	2	7%
Acima de 40 anos	1	3%
Tempo de atuação em serviços de saúde	-	-
1 a 10 anos	15	50%
11 a 20 anos	5	17%
21 a 30 anos	7	23%
31 a 40 anos	2	7%
Acima de 40 anos	1	3%

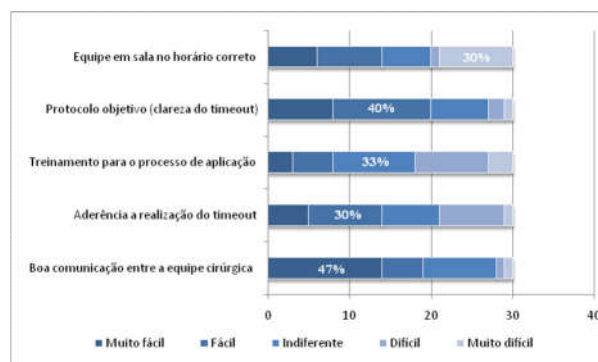
Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Sobre carga horária semanal de trabalho, 23 (77%) dos participantes possuíam de 30 a 60 horas trabalhadas, 6 (20%) de 61 a 91 horas trabalhadas e apenas 1 (3%) com carga horária acima de 91 horas trabalhadas. Quanto ao tempo de atuação em centro cirúrgico, houve predominância do período de anos de 1 a 10 anos, com 15 (50%) dos participantes, seguido do período de 11 a 20 anos, com 7 (23%). Os participantes foram avaliados em relação ao conhecimento sobre o PCS, 29 (97%) referiram possuir conhecimento sobre o mesmo; apenas 1 (3%) não responderam.

Tabela 2. Conhecimento e importância sobre o Protocolo de Cirurgia Segura (PCS) por categoria profissional (n=30)

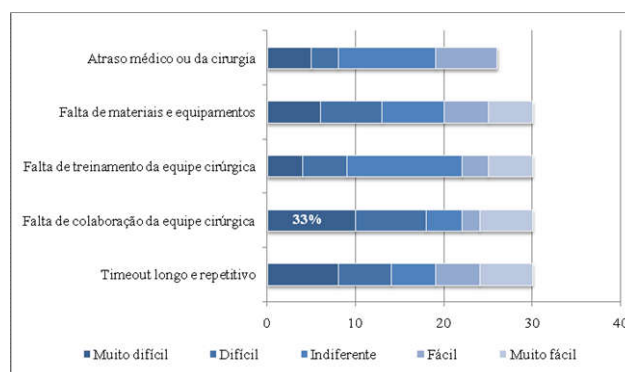
	Téc Enf ¹	Méd ²	Total %
Conhecimento Do Pcs			
Sim	15	14	97%
Não	-	-	-
Não Respondeu	1	-	3%
Importância atribuída ao pcs			
Extremamente Importante	13	7	67%
Muito Importante	3	7	33%
Pouco Importante	-	-	-
Nada Importante	-	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017. Legenda: *¹Técnico de Enfermagem; *²Médico



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Gráfico 1. Opinião dos profissionais sobre os fatores que facilitam à aplicação do *timeout* (n=30)



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Gráfico 2. Opinião dos profissionais sobre os fatores que dificultam à aplicação do *timeout* (n=30)

Quanto à importância atribuída ao PCS 20 (67%) dos entrevistados relataram considerar de extrema importância o protocolo, seguido de 10 (33%) que considerou muito importante. Nenhum participante atribuiu nada ou pouca importância ao PCS. A partir da análise de dados das facilidades e dificuldades notou-se que para melhor interpretação e entendimento dos resultados fez-se necessário dar significado as pontuações de 1 a 5, classificadas no instrumento de coleta, o que não influenciou na percepção dos profissionais que participaram da pesquisa. O gráfico 1 mostra as facilidades avaliadas pelos participantes, onde a variável predominante na avaliação como muito fácil foi a boa comunicação entre a equipe cirúrgica com 14 (47%); a objetividade do protocolo (clareza do *timeout*) foi considerada fácil por 12 (40%) dos participantes. Sobre o treinamento para o processo de aplicação 10 (33%) consideraram um fator indiferente, que por consequência pode ter sido julgado de tal forma pelos entrevistados pelo fato de que palestras e treinamentos acerca do PCS são frequentes na instituição

hospitalar, conscientizando sobre a importância e agregando conhecimento aos profissionais atuantes no centro cirúrgico. Quanto a aderência a realização do *timeout*, 9 (30%) respondeu que há facilidade e 9 (30%) não consideram que a equipe em sala no horário correto é um fator facilitador, mas sim que dificulta muito o processo de aplicação. Diante deste cenário, é importante que a equipe cirúrgica tenha consciência não apenas da necessidade de aplicação do *timeout*, mas também da importância desse processo que deve acontecer em conjunto, de maneira que o *check-list* não deve ser realizado isoladamente por apenas um profissional. Já para as dificuldades relatadas pelos participantes, a pontuação utilizada foi 5 = muito difícil, 4 = difícil, 3 = indiferente, 2 = fácil e 1 = muito fácil. A seguir, apresentam-se os resultados. O gráfico 2 apresenta os resultados da pesquisa quando os participantes foram questionados a respeito da dificuldade na aplicação do *timeout*, sendo 10 (33%) dos participantes relataram a falta de colaboração da equipe cirúrgica um fator muito difícil; seguido do item *timeout* longo e repetitivo 8 (27%). Ainda sobre o gráfico 2, 7(23%) dos participantes atribuíram dificuldade à falta de materiais e equipamentos; outros 11 (37%) consideraram o atraso médico ou da cirurgia um fator indiferente; seguido da falta de treinamento da equipe cirúrgica também avaliada como indiferente por 13 (43%) dos participantes da pesquisa.

DISCUSSÃO

Dentre os resultados da pesquisa houve uma predominância do gênero feminino, e Segundo Magalhães et al. (2007) essa relação entre mulheres e profissionais de saúde ocorre pela totalidade superior de funcionários da enfermagem empregados nas instituições. Lopes e Leal (2008) afirma que a profissão de enfermagem se mantém feminina em todos os níveis, consequência do processo histórico da enfermagem que tem conexões diretas com a história social e cultural do cuidar exercido pelas mulheres, ainda sob influência de Florence Nightingale, principal contribuidora da melhoria e desenvolvimento do cuidado a saúde. Conforme um estudo realizado por Valido (2007) em Évora/Lisboa também evidenciou que a porcentagem de participação na pesquisa foi essencialmente da categoria dos profissionais de enfermagem, uma vez que é o grupo social com maior representatividade na área da saúde. Outro ponto da pesquisa, é o reconhecimento do protocolo de cirurgia segura, o manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” traz em suas páginas de forma estruturada, as bases teóricas e as ações para o alcance dos objetivos de segurança, no qual menciona a importância dos protocolos, dentre eles o Protocolo de Cirurgia Segura e subsidia a construção de uma lista de verificação (*check-list*) para ser aplicado em todos os procedimentos cirúrgicos, independente de sua complexidade (MAZIERO, 2012). Um estudo realizado por Filho et al. (2013) aponta que apenas 37,1% afirmaram reconhecer tal protocolo por falta de treinamento dos profissionais, divergindo dos resultados apresentados na tabela 2, onde os profissionais demonstraram total conhecimento acerca do mesmo. Nesse contexto o treinamento é uma ferramenta importante, para aquisição de mais conhecimento para que o profissional de saúde possa promover a qualidade dos cuidados realizados, permitindo a atuação em serviço de forma segura e efetiva (SOUZA, 2010). Segundo Gueguen et al. (2011), realizar treinamentos e estruturar o checklist com uma linguagem simples é imprescindível, ao mesmo tempo em que é interessante incluí-lo nos impressos já existentes para evitar documentos duplicados.

O PCS é realizado através de uma lista de verificação padronizada (*check-list*) aplicada por qualquer profissional que compõe a equipe cirúrgica, e consiste em três etapas: antes da indução anestésica (fase de identificação - *check in*), antes da incisão cirúrgica (fase de confirmação - *timeout*) e antes do paciente sair da sala de cirurgia (fase do registro - *check out*). O *timeout*, objeto em estudo, consiste na segunda etapa do PCS e deve ser realizado já com o paciente em sala operatória (SO), imediatamente antes da incisão cirúrgica. Sua última atualização foi em 2010, melhorando a flexibilidade da aplicação (MARTINS, 2014). A primeira consiste na verificação da identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento e a conformidade dos materiais solicitados. Na segunda fase é feita uma breve pausa antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia, confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser feito e a posição do paciente; nessa etapa também são confirmados: a aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos, quando indicados. É um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como “paciente errado” ou “local errado”. Na terceira fase, o procedimento é novamente checado, os materiais usados são conferidos e contados, as amostras encaminhadas e os planos pós-operatórios serão discutidos (FILHO, 2013).

A prática do *check-list* tem sido estimulada por organizações em atividade no Brasil que privilegiem a cultura da segurança do paciente. A adesão ao programa depende da existência de atitudes e percepções positivas em relação à sua utilidade e aplicabilidade (DIEGO, 2016). A dinâmica de trabalho no centro cirúrgico, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam na referida unidade, deve acontecer de forma harmoniosa. A unidade ocupa lugar de destaque no hospital, considerando-se as finalidades e a complexidade dos procedimentos nela realizados visando o atendimento de pacientes. Para tanto, torna-se indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados e preparados, de modo que favoreça o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, visando segurança e bem-estar do paciente (STUMM, 2006). Entende-se também que há uma relevância na dificuldade de trabalhar em equipe, sendo um fator que se desenvolve em todo e qualquer ambiente de trabalho. Os resultados da pesquisa apresentados se justificam pelo fato do centro cirúrgico ser um local que envolve várias categorias profissionais, por isso exige um grande esforço para que a contribuição da equipe se torne indispensável, trazendo melhorias no processo de trabalho (MAZIERO, 2012). Filho et al. (2013) afirma em seu estudo, que a própria equipe de cirurgia ainda é um obstáculo para o bom desempenho do trabalho, visto que muitas vezes a falta de comunicação entre a equipe é fator crítico. Cirurgiões, anestesistas, profissionais da enfermagem e outros membros devem ter um bom relacionamento e uma comunicação efetiva, para que todos da equipe de saúde e pacientes sejam beneficiados. Um estudo realizado por Martins e Carvalho (2014) que 64,1% apresentam a colaboração da equipe cirúrgica como um fator facilitador no processo de aplicação do *timeout*. Segundo o mesmo estudo, também houve uma incidência de críticas levantadas à aplicação ser longa e repetitiva, e isso é um fator que dificulta e até desmotiva sua aplicação. Alguns estudiosos vêm desenvolvendo pesquisas sobre o trabalho em equipe e contribuindo para o desenvolvimento deste. Trabalhar em

equipe é complexo, exige esforço do grupo e da instituição; para sua efetivação é necessário o interesse e a disponibilidade de todos os envolvidos, é considerado uma estratégia indispensável quando se trata de instituições de saúde e cabe à gestão envolver e motivar os membros a se integrarem, atuarem para melhoria da qualidade do serviço e do desempenho profissional (MAZIEO, 2012). Na realização do PCS, o *timeout* é uma etapa fundamental, sendo realizada em sala cirúrgica antes do início do procedimento. Nesta etapa a leitura dos itens é realizada de forma integral e exatamente como escrito no formulário. O processo de verificação conta com a participação de todos os membros da equipe, sendo exigida a comunicação ativa entre todos. O protocolo deve ser iniciado por um membro designado na equipe e conduzido de modo seguro, para evitar falhas. Para isto, o procedimento cirúrgico não é iniciado até que todas as questões ou preocupações entre a equipe estejam resolvidas (VENDRAMINI, 2010). Neste sentido, é imprescindível ocorrer uma mudança na cultura de segurança do paciente, para que todos os profissionais da equipe cirúrgica, da gestão e da organização compreendam a necessidade e a importância desse protocolo para todas as pessoas envolvidas.

Conclusão

Todos os sujeitos participantes da pesquisa apresentaram certo conhecimento sobre o *checklist* de cirurgia segura. As dificuldades abordadas pelos entrevistados corroboram com a rotina dos profissionais como foi observada durante a pesquisa. Todavia, as maiores facilidades e dificuldades apontadas pelos participantes indicam que apesar da boa comunicação entre a equipe cirúrgica, a falta de colaboração é um empecilho para a realização do *timeout*. Destaca-se ainda que, apesar da variedade de perfis do grupo dos participantes da pesquisa, estes não relevaram ter muitas divergências em suas percepções e opiniões. Nesse sentido, é um fator de extrema relevância a realização de treinamentos com todos os profissionais que atuarão na sala de cirurgia, uma vez que, faz-se necessário uma maior sensibilização sobre a importância e o uso correto desse instrumento tanto para a assistência segura do paciente, quanto para a segurança da equipe. Dentre as objeções durante a realização da pesquisa, a de conseguir aplicar o instrumento de coleta com enfermeiros foi uma das maiores. Visto que a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico onde foi feito o estudo atende em maior tempo as necessidades burocráticas de coordenação do setor, sendo superiores a atuação dentro da sala operatória durante a realização do *timeout*. O que, de fato, não exclui o profissional enfermeiro de acompanhar o desenvolvimento do PCS na qualidade do cuidado. Contudo, é importante que mesmo com as dificuldades identificadas, os profissionais não percam o estímulo de preservar a segurança do paciente dentro do centro cirúrgico, levando em consideração que o PCS é uma proposta de facilitadora para o processo de trabalho, e traz benefícios não só para o paciente como também para os profissionais e instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

- Amaral, J.G., Oliveira, F.E.S. 2013. Acompanhamento da rotina de um centro cirúrgico: há um protocolo de cirurgia segura? *RevUninga*. abr-jun; (37): 13-22. Disponível em : <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1109/734>> Acesso em: 07 de setembro de 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília; 2013. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em: 28 de setembro de 2017
- Corona, A.R.P.D., Peninche, A.C.G. A cultura do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. *Rev. Sobecc*, São Paulo. Jul./Set. 2015; 20(3): 179-185. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf> Acesso em: 23 de setembro de 2017
- Diego, L.A.S., Salman, F.C., Silva, J.H., Brandão, J.C., Filho, G.O., Carneiro, A.F., Bagatini, A., Moraes, J.M. Construção de uma ferramenta para medida de percepções sobre o uso do *checklist* do Programa de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde. *Rev. Bras. Anestesiol.* vol.66 no.4 Campinas July/Aug. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v66n4/pt_0034-7094-rba-66-04-0351.pdf Acesso em: 18 de setembro de 2017
- Filho. G.R.M. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev bras ortop.* 2013; 48(6):554-562. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf Acesso em: 13 de setembro de 2017.
- Gueguen, T. et al. Déploiement de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" dans deux hôpitaux lorrains. Performances et difficultés. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2011, 30(6):489-94. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765811001651> Acesso em: 22 de setembro de 2017
- Lima, A.M., Sousa C.S., Cunha A.L.S.M. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. *Revenferm UFPE online*, Recife, 7(1):289-94, jan., 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/part/Downloads/10232-20427-1-PB.pdf> Acesso em: 01 de setembro de 2017
- Lopes, M.J.M., Leal, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad Pagu*. 2005; 24(1): 105-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000100006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 08 de setembro de 2017
- Magalhães, A.M.M. et al. 2007. Perfil dos profissionais da enfermagem do turno noturno do hospital de clínicas de porto alegre. *Ver. HCPA*. 27(2): 16-20. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/28894> Acesso em: 03 de setembro de 2017
- Martins, G.S., Carvalho, R. Realização do *timeout* pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. *Rev. SOBEC*, São Paulo. jan./mar. 2014; 19(1): 18-25. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/04_sobecc_v19n1.pdf Acesso em: 02 de setembro de 2017
- Maziero, E.C.S. Avaliação da implantação do programa de cirurgia segura em um hospital de ensino. Paraná. Tese [Dissertação de mestrado]- Universidade Federal do Paraná; 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32702&indexSearch=ID> Acesso em: 09 de setembro de 2017
- Pancieri, A.P., Carvalho, R., Braga, E.M. Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: Relato de experiência. *Rev.*

- SOBECC, São Paulo. jan./mar. 2014; 19(1): 26-33. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n1/05_sobecc_v19n1.pdfAcesso em: 18 de setembro de 2017
- Souza, R.C.R. et al. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. Rev Rene. 2010;11(4):85-94. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4614>Acesso em: 02 de setembro de 2018.
- Stumm, E.M.F., Maçalai, R.T., Kirchner, R.M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3): 464-471. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702006000300011Acesso em: 05 de setembro de 2018
- Valido, S.C.N. Checklist cirúrgica: contributo para uma intervenção na área da segurança do doente. Évora. Tese [Dissertação de mestrado] - Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa; 2011. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1594/1/Checklist%20cirurgica.pdf>Acesso em: 18 de setembro de 2018
- Vendramini, R.C.R., Silva, E.A., Ferreira, K.A.S.L., Possari, J.F., Baia, W.R.M. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.3 São Paulo Sept. 2010. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234201000300039 Acesso em: 20 de agosto de 2018.
