

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
BACHARELADO E LICENCIATURA

LEILA DE FÁTIMA OLIVEIRA CAIXETA

**Lista de verificação da Cirurgia Segura em pacientes bariátricos:
Preenchimento pela equipe cirúrgica**

Uberlândia

2019

LEILA DE FÁTIMA OLIVEIRA CAIXETA

**Lista de verificação da Cirurgia Segura em pacientes bariátricos:
Preenchimento pela equipe cirúrgica**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeiro/Licenciado.

Orientador: Prof. Dr. Elias José Oliveira

Uberlândia

2019

LEILA DE FÁTIMA OLIVEIRA CAIXETA

**Lista de verificação da Cirurgia Segura em pacientes bariátricos:
Preenchimento pela equipe cirúrgica**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeiro/Licenciado.

Uberlândia, 11 de dezembro de 2019.

Prof. Dr. Elias José Oliveira – UFU/MG

Prof.^a Maria Beatriz Guimarães Ferreira

Prof. Dr. Frank José Silveira Miranda

Dedico este trabalho de conclusão de curso a Deus por ter me ajudado a chegar até aqui, por ter me fortalecido para prosseguir durante todo o esse caminho. Agradeço a minha família que sempre foi o estímulo para chegar até aqui, que me incentivou a continuar quando os obstáculos apareceram, e principalmente ao meu marido e aos meus filhos que estiveram comigo em todos os momentos sendo o alicerce solido dessa formação.

AGRADECIMENTOS

Primeiro os meus agradecimentos a Deus, por ser o único responsável por essa conquista, Deus que creio ter idealizado vários planos e projetos para a minha vida e que hoje posso ter a honra de materializar mais um deles. Foi Ele quem em todos os momentos esteve e está comigo e me deu forças para continuar e enfim poder alcançar o objetivo final da minha formação acadêmica. Toda Honra e toda Glória seja dada a Ti.

Não posso deixar de agradecer a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, meus agradecimentos a meus filhos pela compreensão e a força que sempre me deram, ao meu marido também que sempre esteve ao meu lado, aos meus pais em especial a minha mãe que hoje infelizmente não se encontra aqui, mas que quando esteve sempre me apoiou e incentivou.

Por fim, quero agradecer aos meus professores que compartilharam seus conhecimentos e experiências na minha formação, sem vocês nada disso teria sido possível. E em especial ao professor Dr. Elias que além de professor em outras disciplinas, meu orientador que apesar da intensa rotina de sua vida acadêmica aceitou meu convite, suas valiosas indicações fizeram toda a diferença.

RESUMO

A obesidade é um problema mundial que acarreta diversas complicações, dentre elas pode-se mencionar: hipertensão, diabetes, trombose etc. Neste sentido faz-se necessário um tratamento que seja eficaz e duradouro, como por exemplo, a cirurgia bariátrica. Assim, este estudo teve como objetivo, verificar o preenchimento do checklist para cirurgia segura em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU. Foi realizado um estudo retrospectivo, epidemiológico desses pacientes submetido à cirurgia bariátrica ao período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017, realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia – HC-UFU, através da revisão dos prontuários médicos, na quantidade de 65 amostras e através dos critérios de elegibilidade e excludentes foi realizada uma revisão observando o checklist da verificação da segurança do paciente. O preenchimento dos campos correspondentes ao: centro cirúrgico, a recepção no centro cirúrgico, nas verificações do que ocorre antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair as SO, o período peri-operatório, as anotações de enfermagem, recuperação pós anestesia e o encaminhamento do paciente para a unidade de internação. O gênero feminino foi predominante em 80,0% e a faixa etária de 40-49 anos (90,9%), conferência no momento pré-operatório mediato da internação (“sign in”) onde havia 26 itens para serem preenchidos e de acordo com 65 fichas analisadas o preenchimento foi apenas em 32,0%, a conferência do momento pré-operatório imediato na recepção no Centro Cirúrgico antes da inferência anestésica (“sign in”) o preenchimentos obteve 8,3%, conferência antes da inferência anestésica (“sign in”) no momento Transoperatório com preenchimento tiveram 20,8%, conferência antes da incisão na pele (“time out”) no momento Intra-operatório total de preenchidos em 52,5%, conferência antes do paciente sair da sala cirúrgica (“sign out”) no pós-operatório imediato o total preenchidos foi 42,7%. Concluiu-se que os profissionais do setor não realizam os preenchimentos da lista de verificação de cirurgia segura corretamente, deixando muitos itens em branco. Necessita de um trabalho de conscientização para o hospital no intuito de mostrar a importância dos quesitos da segurança do paciente.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica. Obesidade mórbida. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Obesity is a worldwide problem that causes several complications, among them, hypertension, diabetes, thrombosis, etc. In this sense, treatment that is effective and lasting, such as bariatric surgery, is necessary. Thus, this study aimed to verify the completion of the checklist for safe surgery in patients undergoing bariatric surgery at the Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU. A retrospective epidemiological study of these patients who underwent bariatric surgery from January 1, 2017 to December 31, 2017, performed at the Hospital de Clínicas de Uberlândia - HC-UF, through the review of medical records, in the amount of 65 samples and through the eligibility and exclusion criteria were performed a review observing the checklist of the patient safety check. The completion of the fields corresponding to the operating room, reception in the operating room, in the verifications of what occurs before the anesthetic induction, before the surgical incision and before the patient leaves the OS, the perioperative period, the nursing notes, recovery. post anesthesia and referral of the patient to the inpatient unit. The female gender was predominant in 80.0% and the age group of 40-49 years (90.9%), conference at the preoperative moment of hospitalization (“sign in”) where there were 26 items to be completed and According to 65 records analyzed, the filling was only 32.0%, the conference of the immediate preoperative moment at the reception in the Surgical Center before the anesthetic inference (“sign in”) the filling obtained 8.3%, the conference before the inference. anesthetic (sign in) at the time of surgery with filling had 20.8%, conference before skin incision (“time out”) at the time of intraoperative total filling in 52.5%, conference before the patient left the In the immediate postoperative period (“sign out”), the total number filled was 42.7%. It was concluded that industry professionals do not complete the safe surgery checklists correctly, leaving many items blank. Needs awareness-raising work for the hospital to show the importance of patient safety

Key Works: Bariatric surgery. Morbid obesity. Nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil etário dos pacientes cirúrgicos bariátricos internados na Clínica Cirúrgica II no Hospital de Clínicas da UFU, no período de 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019.	20
Tabela2- Checklistno pré-operatório na internação em pacientes a serem submetido a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU	21
Tabela 3-Checklist no pré-operatório na recepção do Centro Cirúrgico antes da indução anestésica (“sign in”) em pacientes a serem submetido à cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU.....	23
Tabela 4- Checklist antes da indução anestésica (“sign in”) no Transoperatório no Centro Cirúrgico em pacientes a serem submetido a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU	24
Tabela5- Checklist antes da incisão na pele (“time out”) durante o Intra-operatório no Centro Cirúrgico em pacientes a serem submetido a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU.....	26
Tabela 6- Checklist do paciente antes de sair da sala cirúrgica (“sign out”) no pós-operatório imediato no encaminhamento para sala de recuperação pós-anestesia em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	American Society of Anesthesiologists
CB	Cirurgia Bariátrica
HC-UFU	Hospital de Clínicas de Uberlândia
IHME	Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde
RPA	Recuperação pós- anestésica.
SAE CIRÚRGICA	Sistematização da assistência de enfermagem cirúrgica
SO	Sala Operatória
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
VAD	Dispositivo de assistência ventricular
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

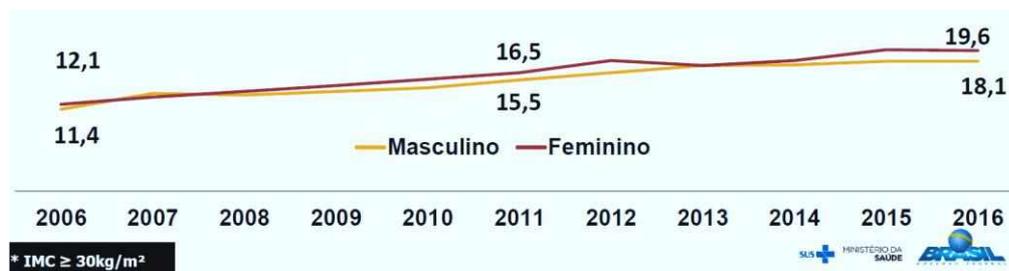
SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVO GERAL.....	17
3.1	Objetivo específico	17
4	METODOLOGIA.	18
4.1	Amostra.....	18
4.2	Análises de dados.....	20
5	RESULTADOS.....	21
6	DISCURSÃO.....	29
7	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO A	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA.....	38
ANEXO B	DECLARAÇÃO DA EQUIPE EXECUTANTE NA DISPENSA DO TCL.....	45
ANEXO C	DADOS DO PROJETO DE PESQUISA.....	47

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema mundial com crescimento exponencialmente em vários países, inclusive no Brasil, e está relacionado ao aumento das complicações de saúde, a qual se tornou importante alvo em medidas preventivas de cuidados e de controle pelas autoridades públicas, e a OMS mostra o tamanho deste problema, onde mais ou menos 2,2 bilhões de pessoas (30%) apresentam este fator de risco e nas últimas três décadas cresceram de forma exagerada, chegando a ser o dobro em comparação às décadas anteriores (HUBERT, 1986; KOPELMAN, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; SCHIMIDT et al., 2011; BURLANDY, 2016; SCHIMIDT; DUNCAN; STEVENS, 2017). O estudo por Inquérito Telefônico realizado no Brasil pela Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) mostra que houve um aumento de 60% de casos relacionados à obesidade, em cada cinco pessoas uma é obesa, e evidencia a proporcionalidade de crescimento em torno de 11,4% para 19,6% em indivíduos do gênero feminino e masculinos 18,1% (Figura 1).

Figura 1 - Pesquisa de Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) – Obesidade



Fonte: Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico (2016).

A obesidade está relacionada a várias etiologias que pode envolver a genética, o meio ambiente em que vive e atua os estilos de vida e problemas emocionais (HUBERT, 1986; KOPELMAN, 2000). O excesso de peso pode desencadear inúmeras comorbidades como o diabetes mellitus tipo II (dois), doenças cardiovasculares, assim como hipertensão arterial, infarto, trombose, embolia e arteriosclerose, problemas ortopédicos, asma, apnéia do sono, alguns tipos de câncer e esteatose hepática (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

Na antiguidade a obesidade relaciona o ganho de peso e o depósito exagerado de gordura corporal como sinais de saúde e prosperidade, pois, tinham acesso seguro de alimentos, com uma ingestão energética adequada para manter no mínimo as necessidades de sobrevivência humana (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003). Na atualidade, apesar de termos uma população mundial próxima dos oito bilhões de pessoas, há uma facilidade na obtenção dos alimentos em quantidade e qualidade, porém há um padrão de vida sedentário, em que a população consome cada vez mais e movimenta cada vez menos, predispondo às complicações da obesidade com destaque a diabetes mellitus e doenças cardíacas (SCHARAM; OLIVEIRA; LEITE, 2004; SCHIMIDT et al., 2011; MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

Ao considerar o período de 2006 a 2016, período de dez anos, segundo Brasil (2016) através da pesquisa de Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para doentes Crônicos por inquérito telefônico (VIGITEL) a prevalência de obesidade dobrou com a população de pessoas de idade acima de 25 anos e se desta em indivíduos com menor grau de escolaridade (BRASIL 2016). As reflexões de Ferreira e Magalhães (2009) em sua pesquisa demonstrou que a prevalência de obesidade para o sexo masculino apresentou conformidade nas regiões estudadas no Brasil, sendo 9,8% região Sudeste, de 9,7 % no Sul 9,7 % e 8,4 no Centro-Oeste, com média de indivíduos do sexo masculino de 8,9%.

O tratamento para as pessoas obesas estão associados a intervenções que necessitam apoio de equipe multidisciplinar que inclui: enfermagem, médicos, nutricionista, psicólogos, além do apoio da família e muita vontade e dedicação do paciente. Os pacientes considerados obesos são submetidos à dieta e incentivado a prática de exercícios físicos, porém quando esses primeiros passos de tratamentos não têm os resultados esperados é necessário buscar outras formas de intervenções, e as mais requisitadas são as cirurgias bariátricas. (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER 2014).

Os pacientes obesos ao fazer a cirurgia bariátrica de acordo com a OMS devem seguir os seguintes critérios: classificação em obesidade grau III com IMC superior ou igual a 40 kg/m², obesidade em grau II o qual o IMC é entre 35 e 39,9 Kg/m², também os indivíduos com comorbidades graves associadas à obesidade e a fatores orgânicos ou psicossociais com significativo risco de vida (COLLINS PETO, 2009).

Existem métodos diferenciados de técnicas relacionadas à cirurgia bariátrica que podem ser realizadas por meio de laparotomia ou videolaparoscópica, sendo esta última uma técnica menos invasiva, beneficiando o paciente em vários aspectos como: redução de danos em órgãos e sistemas, queda de morbidade, recuperação mais rápida, e feridas operatórias

com menores riscos e em relação à internação hospitalar há uma redução de permanência na diária hospitalar (RÊGO et al., 2011).

As cirurgias bariátricas podem ser: cirurgias restritivas, Banda Gástrica Ajustável, Gastroplastia Vertical Bandada, Gastrectomia Vertical, Cirurgia Disabsortivas ou mal absorptivos, Cirurgia Mista, Duodenal switch e Terapia auxiliar - balão intragástrico; cada uma tem indicação que melhor adequada a cada paciente de acordo com o grau da obesidade, assim cabe o profissional de enfermagem, no contexto da assistência, realizar os cuidados e orientar os pacientes cirúrgicos, com finalidade de dar-lhes uma melhor qualidade de vida (ZEVE; NOVAIS; OLIVEIRA JUNIOR, 2012; ACQUAFRESCA, 2015).

As intervenções cirúrgicas exigem profissionais qualificados e equipamentos adequados para que haja sucesso, portanto, o centro cirúrgico e a unidade de internação deverão possuir estruturas físicas e de equipamentos adequados para a exigência do procedimento cirúrgico, como: salas cirúrgicas com maior espaço interno, variando de média para grande porte; equipamentos cirúrgicos apropriados (mesas cirúrgicas e macas) e na unidade de internação – camas e mobiliários reforçados) (LIMA et al., 2013).

O grande aumento das intervenções para redução de peso por serem terapias eficientes e duradouras se tornou um dos procedimentos mais desejados e procurados para tratamentos de redução de peso, com número expressivo delas sendo realizado a cada ano. Em 2013, mais de 460 mil cirurgias bariátricas foram realizadas no mundo, sendo mais de 150 mil só nos Estados Unidos e Canadá. No Brasil, foram mais de 86 mil procedimentos no mesmo período (ANGRISANI et al., 2015; PENNA et al., 2017.). Diante desses números de intervenções cirúrgicas (ACQUAFRESCA et al., 2011; TORRES et al., 2015), tornou-se uma preocupação pública, e sendo o centro cirúrgico considerado um dos ambientes com maiores números de eventos adversos de hospitalização devido ser um setor crítico, foi necessária criação de medidas preventivas relacionada a segurança dos pacientes por parte das organizações de saúde (AMAYA et al., 2015; MANRIQUE, 2015).

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um programa chamado Aliança Mundial para a Segurança do paciente com objetivo de promover mais segurança e diminuir problemas relacionados aos procedimentos cirúrgicos. O Ministério da Saúde, baseado nas metas internacionais para a segurança do paciente propostas pela OMS, lançou os seguintes preceitos por meio de protocolos específicos: identificação correta do paciente; prevenção de quedas; segurança na prescrição; uso e administração do medicamento; prevenção de úlcera por pressão; correta higiene das mãos e cirurgia segura (EBERLE; SILVA, 2016).

Para conseguir alcançar o sucesso e cumprir essas metas a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente determinou alguns desafios, o qual começou pelo programa “Cuidado limpo é Cuidado Seguro (*Clean Care is Safer Care*)”, lançado em 2005-2006 com foco principal estimulação dos profissionais de saúde na higienização das mãos, porém tiveram mais outros quatro temas como: 1) segurança dos hemoderivados e seu uso, 2) segurança no uso de injetáveis e na imunização, 3) procedimentos clínicos seguros e 4) segurança na qualidade e disponibilidade de água e gerenciamento de resíduos no cuidado à saúde (SILVA, 2010).

Outro desafio proposto pela OMS foi o projeto mundial Cirurgia Segura Salva Vidas (*Safe Surgery Saves Lives*) que foi implementada nos anos de 2006 à 2008, e na seqüência (2009) implementou-se outras metas importantes, como: a equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo; a equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor; a equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida; a equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas; a equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente; a equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico; a equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas; a equipe manterá seguro e identificará, precisamente, todos os espécimes cirúrgicos; a equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condição segura da operação e; os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos (AMAYA, et al., 2015).

De acordo com estudos o Brasil, foi estabelecido o Programa Nacional de Segurança do Paciente, reforçado pela Resolução RDC no 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que estabelece ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente. Entre essas ações, há aquelas voltadas para a cirurgia, estabelecidas em protocolo, que recomendam o uso de uma lista de verificação de segurança cirúrgica ou checklist instituído pela OMS (RIBEIRO et al., 2017).

A utilização de checklist e sistemas de verificação é uma prática importante e introduzida na área da saúde. Na assistência cirúrgica, o uso de checklist tem sido alvo de estudos sobre sua aplicação, nas diferentes fases no cotidiano de trabalho, considerando o fato de ser uma ferramenta que permite a checagem de itens importantes que poderiam ser esquecidos pela equipe. Estudo recente realizado em dois hospitais de Natal, Rio Grande do

Norte, sugere que a baixa adesão ao checklist possivelmente tem reflexos sobre a ocorrência de eventos adversos na assistência cirúrgica, resultando em permanência do paciente por maior tempo no hospital, risco de reinternação, necessidade de cuidados intensivos, mortalidade e outros. (RIBEIRO et al., 2017).

Medidas como checagem de uma lista de procedimentos seguidos ou implantados (checklist) como instrumentos para organizações das áreas clínicas e hospitais, comprovam a sua eficácia em oito hospitais de diferentes países como: Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Jordânia, Tanzânia, Índia Filipinas e Nova Zelândia (RIBEIRO et al., 2017).

O preenchimento correto do checklist mostra queda nas taxas de complicações pós-operatório de 11% para 7% e a mortalidade Peri operatória em cirurgia de grande porte de 1,5% a 0,8% Zelândia (RIBEIRO et al., 2017). O uso do checklist é realizado em três momentos, durante a intervenção cirúrgica, como: antes da indução anestésica (“sign in”), antes da incisão na pele (“time out”) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (“sign out”). Para cada fase, o responsável do checklist, deve confirmar com a equipe cirúrgica a execução das tarefas listadas antes de prosseguir com a cirurgia (RIBEIRO et al., 2017; OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2017).

No entanto, a utilização do checklist com o sistema de verificação é uma prática importante e recentemente introduzida na área da saúde. No Brasil, há alguns estudos que mostram métodos de trabalho no processo de implantação e de preenchimento adequado do instrumento bem como sua importância para a redução de incidentes. Estudo recente realizado em dois hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, sugere que a baixa adesão ao checklist possivelmente tem reflexos sobre a ocorrência de eventos adversos na assistência cirúrgica, resultando em permanência do paciente por tempo maior no hospital, risco de nova internação, necessidade de cuidados intensivos e morbimortalidade, sendo um método que precisa ser explorado e usado de forma eficiente pode modificar a vida do paciente (BURLANDY et al., 2016; OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2017)

A proposta desta pesquisa foi verificar o preenchimento do checklist em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa deste estudo foi embasada no procedimento cirúrgico para redução de peso através da gastroplastia realizado no Centro Cirúrgico de Hospital Universitário do Triângulo Mineiro. Como estudante universitária da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e com as participações em aulas práticas das disciplinas de fundamentos, Sistematização da Assistência de Enfermagem Cirúrgica (SAE CIRURGICA) e outros, realizadas no Hospital de Clínicas, em setores de internação como clínica médica, clínica cirúrgica I e II, e no centro cirúrgico, percebeu-se uma grande deficiência do preenchimento dos checklist e a precarização de adoção de medidas seguras ao paciente cirúrgico.

3. OBJETIVO GERAL

Verificar o preenchimento do checklist para cirurgia segura em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU.

3.1 Objetivo específico

Analisar os dados em prontuários de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

4 METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ao período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017 realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia – HC-UFU através da revisão dos seus prontuários, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia CAAC 13006718000005152, com início da coleta de dados em 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019.

4.1 Amostra

A amostragem foi definida por meio de seleção sistemática e aleatória, com uma estimativa inicial de 159 prontuários correspondendo à probabilidade do quantitativo de cirurgias realizadas no período mencionado, baseado no fluxo e disponibilidade de leitos hospitalares para absorver ao referido procedimento cirúrgico. A unidade de internação cirúrgica onde são destinados os pacientes após realização da cirurgia há uma disponibilidade de 04 leitos, podendo ser realizado 04 cirurgias semanais. A partir da disponibilidade de leitos associada à quantidade de prontuários a serem estudados foi baseada pela formulação de Richardson (1999), sendo este número encontrado através do cálculo amostral de acordo com a fórmula abaixo, cujos parâmetros de erro de estimação de 5% e nível de confiança de 2σ (sigmas). Ao executar a formulação abaixo teremos uma amostragem inicial de 159 indivíduos.

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n = tamanho da amostra

σ^2 = nível de confiança (estabelecido em número de desvios)

p = proporção da característica pesquisada no universo (em percentagem)

q = 100 – p (em percentagem)

N = tamanho da população

E² = erro estimado permitido

A busca foi realizada com auxílio do Setor de Arquivo Médico (SAME) do HC-UFU através de busca no registro eletrônico de cirurgias (Sistema de Informação Hospitalar – SIH)

e posteriormente de acordo com os critérios de inclusão do paciente solicitado via SAME, com autorização do referido setor, a análise visual do prontuário, toda a pesquisa foi realizada mediante a Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com início da coleta de dados em 01 de Maio de 2019 a 30 de Agosto de 2019.

Na seleção dos prontuários, foram listadas todas as cirurgias bariátricas realizadas no período estipulado acima, com um aleatorizado com a inserção do número de amostra para a pesquisa. A seleção inicial na projeção da amostragem compreendia 159 prontuários, mas realizar a busca sistemática destes prontuários foram encontrados apenas 65 prontuários referentes ao período da busca. Uma explicação para esse número baixo de prontuários encontrados foi a dificuldade financeira passada pelo hospital no referido período, onde vários procedimentos de alta complexidade foram cancelados e ou remarcados, caso ocorrido para as cirurgias bariátricas.

Portanto, os 65 prontuários localizados e obedecendo aos critérios de elegibilidade e excludente deu-se no prosseguimento da busca de dados pelo preenchimento do checklist da verificação de segurança do paciente formulário baseado na OMS e modificado com adequações para o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com os seguintes itens a ser observado: preenchimento dos campos correspondentes ao: centro cirúrgico, a recepção no centro cirúrgico, verificação cirúrgica que ocorre antes da indução anestésica (identificação) antes da incisão cirúrgica (confirmação) e antes do paciente sair as SO (registro), o período peri-operatório, as anotações de enfermagem, recuperação pós-anestesia e o encaminhamento do paciente para a unidade de internação. No pós-operatório foram observadas as anotações de enfermagem como: cuidados de enfermagem com ferida operatória de grandes proporções/extensões abdominais, descrição do curativo, materiais utilizados, horário de curativo – constância diária (1 a 3 vezes por dia), tempo de fechamento e uso de antibióticos e de cinta cirúrgica elástica e meia elástica ortopédica cirúrgica; evento adverso como: a Síndrome compartimental abdominal e intussuscepção/intuscepção intestinal.

Os critérios de inclusão para a pesquisa incluíram: verificação de prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva relacionada ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica e os cuidados de enfermagem aos pacientes contidos a cirurgia bariátrica no HC-UFU, com o apoio de referenciais teóricos para elaboração do estudo. Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes com cirurgia realizada por motivos estéticos os quais possuem uma

grande concentração de gordura abdominal localizada, obesos mórbidos, de acordo com a escolha da especialidade cirurgia gástrica do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Critérios de exclusão: foram excluídos os prontuários de pacientes, da amostragem estudada, que realizaram a cirurgia gástrica que foram por finalidade plástica, motivada pela obesidade. Os demais prontuários que serão selecionados, mas que não incluem nos padrões de seleção e elegibilidade da pesquisa será excluída.

4.2 Análises de dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAC 13006718000005152, a coleta foi realizada de 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, desarquivamento dos prontuários dos pacientes do arquivo médico do HC-UFU, na sequência foram colocados os dados em planilhas do Excel, conforme a sua categorização relacionada no anexo I, e posterior, realizada a análise dos dados utilizando a formulação da proporcionalidade para os dados de preenchimento na lista de verificação de segurança cirúrgica dos pacientes submetidos a intervenção bariátrica. Os prontuários analisados compreenderam-se as cirurgias bariátricas realizadas no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017.

5 RESULTADOS

O objetivo do estudo foi verificar o preenchimento do checklist para cirurgia segura em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU, realizado de forma retrospectivo, epidemiológico e seccional compreendendo os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017, através da revisão de 65 prontuários selecionados e obedecendo aos critérios de elegibilidade e excludente. A observação do checklist foi o preenchimento dos campos correspondentes: clínica e internação, centro cirúrgico - a recepção no centro cirúrgico, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair as SO; no período transoperatório - as anotações de enfermagem, e, no período pós-operatório: recuperação pós-anestesia e pós-operatório - as anotações de enfermagem - cuidados de enfermagem com ferida operatória (grandes proporções/extensões abdominais), descrição do curativo, materiais utilizados, horário de curativo, tempo de fechamento e uso: de antibióticos, cinta e meia; evento adverso e; no encaminhamento do paciente para a unidade de internação: a Síndrome compartimental abdominal e intussuscepção/intuscepção intestinal.

Na tabela 1 evidencia a faixa etária de maior prevalência de cirurgia bariátrica foi a faixa de 40 a 49 anos para o gênero feminino (20%) e masculino foi de 30 -39 anos (63,2 %).

Tabela 1 – Perfil etário dos pacientes cirúrgicos bariátricos internados na Clínica Cirúrgica II no Hospital de Clínicas da UFU, no período de 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019

Idade	Prontuários	Masculino	Feminino
18-29	8	0	8(100,0)
30-39	19	7(36,8)	12(63,2)
40-49	22	2(9,09)	20(90,9)
50-59	11	2(18,18)	9(81;81)
60-69	5	2(40,0)	3(60)
>70	0	0	0
Total	65	13(20,0)	52(80,0)

Fonte: Autora

Na tabela 1 os dados dos pacientes foram apresentados conforme faixa etária e gênero , na faixa etária entre 18 a 29 anos apenas do gênero feminino 8(100%) realizaram a cirurgias de redução do estômago, nas demais faixa etárias foram os seguintes: de 30 anos a 39 anos

foram 19 pacientes, sendo que 7(36,8%) para o gênero masculino e 12(63,2%) para o feminino; na faixa dos 40 anos á 49 anos com 22 prontuários e apresenta apenas 2(9,09%) masculino e no entanto 20(90,9%) para o gênero feminino; já nas idades de 50 anos á 59 anos houve 11 indivíduos com 2(18,18%) do gênero masculino e 9(81;81 %) feminino e na faixa entre 60 á 69 anos havia 5 prontuários onde 2(40%) foram masculinos e 3(60%) femininos e acima de 70 anos de idade não houve prontuário encontrado.

Tabela 2 - Checklist no pré-operatório na internação em pacientes a serem submetido à cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU

Itens da lista de verificação de segurança Cirúrgica	Itens preenchidos N(%)	Itens não preenchidos N(%)
Doenças associadas	23(35,4)	42(64,6)
Alergia	32(49,23)	33(50,76)
Isolamento	30(46,15)	35(53,84)
Início de jejum	33(50,76)	32(49,23)
Lesão de pele	29(44,61)	36(55,38)
Dispositivos invasivos	29(44,61)	36(55,38)
Uso de Medicamentos	17(26,15)	48(73,84)
Banho pré-operatório	32(49,23)	33(50,76)
Verificado Condições de higiene	31(47,69)	34(53,3)
Esvaziamento Vesical	31(47,69)	34(53,3)
Retirada de roupa íntima	31(47,69)	34(53,3)
Retirada de órteses, próteses e adornos	31(47,69)	34(53,3)
Sítio cirúrgico demarcado	29(44,61)	36(55,38)
Identificação do paciente	31(47,69)	34(53,3)
Reserva de hemocomponente	25(38,46)	40(61,53)
Solicitação de leito de UTI	24(36,62)	41(63,07)
Administração de pré-anestésico	25(38,46)	40(61,53)
Internação	19(29,23)	46(70,76)
Relatório de enfermagem	1(1,53)	64(98,46)
Folha de choque/registo	1(1,53)	64(98,46)
Avaliação pré-anestésica	3(4,61)	62(95,38)
Consentimento Cirúrgico	3(4,61)	62(95,38)
Consentimento Anestésico	3(4,61)	62(95,38)
Evolução	8(12,30)	57(87,69)
Prescrição médica	17(26,15)	48(73,84)
Exames de imagens	3(4,61)	62(95,38)

Fonte: Autora

A tabela 2 observa-se que os itens da lista de verificação de segurança cirúrgica preenchidos corretamente foram: Doenças associadas 23(35,4%), alergia 32 (49,23%), Isolamento 30(46,15%), início de jejum 33(50,76%), lesão de pele e dispositivos de invasivos

(cateteres centrais, SVD e outros)29(44,61%), medicamentos 17(26,15%), banho pré-operatório32(49,23%), verificação das condições de higiene 31(47,69%), esvaziamento vesical 31(47,69%), retirada de roupa íntima 31(47,69%), retirada de órteses próteses e adornos 31(47,69%), sítio demarcado 29(44,61%), identificação do paciente 31(47,69%), reserva de hemocomponente 25(38,46%), solicitação de leito de UTI 24(36,62%), administração de pré-anestésico25(38,46%), internação 19(29,23%), relatório de enfermagem 1(1,53%), folha de choque 1(1,53%), avaliação pré-anestésico 3(4,61%), evolução8(12,30%), prescrição médica 17(26,15%) , exame de imagens 3(4,61%).

Tabela 3 - Checklist no pré-operatório na recepção do Centro Cirúrgico antes da indução anestésica (“sign in”) em pacientes a serem submetido à cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU

Itens da lista de verificação de segurança Cirúrgica	Itens preenchidos N(%)	Itens não preenchidos N(%)
Internação	37(56,92)	28(43,07)
Relatório de enfermagem	13(20)	52(80)
Folha de choque	5(7,69)	60(92,30)
Avaliação pré-anestésica	0	65(100)
Consentimento Cirúrgico	5(7,69)	60(92,30)
Consentimento Anestésico	3(4,61)	62(95,38)
Evolução	20(30,76)	45(69,23)
Prescrição médica	18(27,69)	47(72,3)
Pertences	15(23,07)	50(76,92)
Checar pulseira de identificação	35(53,84)	30(46,15)
Checar demarcação do sítio cirúrgico	11(16,92)	54(83,07)
Exames de imagens	3(4,61)	62(95,38)

Fonte: Autora

Nesta tabela 3 foram analisados os dados da recepção no centro cirúrgicos sendo os seguintes preenchidos: internação 37(56,9%), relatório de enfermagem 13(20%), folha de choque 5(7,6), avaliação pré-anestésica 0, consentimento anestésico 3(4,6%) na evolução 20 (30,7%) prescrição médica 18(276%), pertences 15(23,1%), checagem de pulseira de identificação 35(53,8), checar demarcação do sítio cirúrgico 11(16,92%) e exames de imagens 3(4,6%).

Tabela 4 - Checklist antes da indução anestésica (“sign in”) no Transoperatório no Centro Cirúrgico em pacientes a serem submetido a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU

Itens da lista de verificação de segurança Cirúrgica	Preenchido N(%)	Não preenchido N(%)
Checar pulseira de identificação	22(33,84)	43(66,15)
Montagem SO de acordo com o procedimento	28(43,07)	37(56,92)
Materiais /implantes disponíveis	20(30,76)	45(69,23)
Equipamentos testados e funcionando	25(38,46)	40(61,53)
Consentimento Cirúrgico	21(32,3)	44(67,69)
Consentimento Anestésico	23(35,38)	42(64,61)
Sítio demarcado	25(38,46)	40(61,53)
Materiais de vias aéreas	26(40)	39(60)
Aspirador funcionamento	17(26,15)	48(73,84)
Oxímetro de pulso no paciente e funcionando	15(23,07)	50(76,92)
Via aérea difícil	15(23,07)	50(76,92)
Material VAD disponível	13(20)	52(80)
Alergia conhecida	16(24,61)	49(75,38)
Risco de grande perda sanguínea	21(32,3)	44(67,69)
Reserva disponível	24(36,92)	41(63,07)
Acesso venoso	5(7,69)	60(92,3)
Imagens disponíveis	4(6,15)	61(93,84)
Confirmação da equipe em sala	23(35,38)	42(64,61)
Paciente	0	65(100)
Procedimento	16(24,61)	49(75,38)
Lateralidade	0	65(100)
Sítio cirúrgico	9(13,84)	56(86,15)
Antibiótico Profilático nos últimos 60 minutos	17(1,15)	48(73,84)
Antecipação de eventos críticos Cirurgião	8(12,3)	57(87,69)
Antecipação de eventos críticos Anestesiologista	7(10,76)	58(89,23)
Antecipação de eventos críticos Enfermagem e Instrumentador	15(23,07)	50(76,92)
Procedimento realizado	7(10,76)	58(89,23)
Contagem correta de compressas	11(16,92)	54(83,07)
Contagem correta de gaze	8(12,3)	57(87,69)
Contagem correta de instrumental	7(10,76)	58(89,23)
Contagem correta de perfurocortante	9(13,84)	56(86,15)
Amostra de exames identificados corretamente	7(10,76)	58(89,23)
Soluções de infusão identificadas adequadamente	8(12,3)	57(87,69)
Algum problema com equipamentos para ser resolvidos	0	65(100)
Recomendações de cuidados imediatos na RPA	1(1,53)	64(98,46)

Fonte: Autora

Na tabela 4 os itens preenchidos foram: checagem pulseira de identificação 22(33,84%), montagem SO de acordo com o procedimento 28(43,1%), materiais /implantes

disponíveis 20(30,7%), Equipamentos testados e funcionando foram 25(38,4%), consentimento cirúrgico 21(32,3%), consentimento Anestésico 23(35,3%), sítio demarcado 25(38,4%), materiais de vias aéreas 26(40%), aspirador funcionamento 17(26,1%), oxímetro de pulso no paciente funcionando e Via aérea difícil 15(23,1%), material VAD disponível 13(20%), alergia conhecida 16(24,6%), risco de grande perda sanguínea 21(32,3%), reserva disponível 24(36,9%), imagens disponíveis 4(6,1%), confirmação da equipe em sala 23(35,3%), confirmação do paciente e lateralidade nenhuma foi preenchida(0%), sítio cirúrgico 9(13,8%), antibiótico profilático nos últimos 60 minutos 17(1,1%), antecipação de eventos críticos Cirurgião 8(12,3%), antecipação de eventos críticos Anestesiologista 7(10,7%), antecipação de eventos críticos Enfermagem e Instrumentador 15(23,1%), contagem correta de instrumental e amostra de exames identificados corretamente foram 7(10,7%), contagem correta de compressas 11, contagem correta de gaze, soluções de infusão identificados adequadamente 8(12,3%), contagem correta de perfuro cortante 9(13,8%), problema com equipamentos para ser resolvidos não teve nenhuma(0%) ficha com preenchimento e recomendações de cuidados imediatos na RPA somente 1(1,5%) foi preenchida.

Tabela 5- Checklist antes da incisão na pele (“time out”) durante o Intra-operatório no Centro Cirúrgico em pacientes a serem submetido a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU

Itens da lista de verificação de segurança	Preenchidos	Não preenchidos
Cirúrgica	N(%)	N(%)
Entrada	27(41,5)	38 (58,46)
Nível de consciência	37(56,92)	28(43,07)
Respiração	37(56,92)	28(43,07)
Tricotomia	37(56,92)	28(43,07)
Degermação	35(53,84)	30(46,15)
Antissepsia	36(55,38)	29(44,61)
Vídeo cirurgia	36(55,38)	29(44,61)
Tipo de bisturi	32(49,23)	33(50,76)
Intensificador de imagens	35(53,84)	30(46,15)
Posição do paciente	32(49,23)	33(50,76)
Peças para anatomia	23(35,38)	42(64,61)
Especificação da peça	23(35,38)	42(64,61)
Gram/cultura	27(41,5)	38(58,46)
Tipo de curativo	20(30,76)	45(69,23)
Controle de temperatura	14(21,53)	51(78,46)
Manta térmica	38(58,46)	27(41,5)
Colchão térmico	43(66,15)	22(33,84)
Contagem de materiais	37(56,92)	28(43,07)
Anotações de enfermagem	50(76,92)	15(23,07)
Local de encaminhamento	27(41,5)	38(58,46)

Fonte: Autora

Já Tabela 5 são os itens do intra-operatório foram os seguintes anotados: entrada 27(41,5%) nível de consciência, respiração e tricotomia 37(56,9%), degermação 35(53,8%), antissepsia e vídeo cirurgia 36(55,3%), tipo de bisturi 32(49,2%), intensificador de imagens 35(53,8%), posição do paciente 32(49,2%), peças para anatomia e especificação da peça 23(35,3%), gram cultura 27(41,5%), tipo de curativo 20(30,7%), controle de temperatura apenas 14(21,5%), manta térmica 38(58,4%), colchão térmico 43(66,1%), contagem de

materiais 37(56,9%), anotações de enfermagem 50(76,9%), local de encaminhamento 27(41.5%).

Tabela 6- Checklist do paciente antes de sair da sala cirúrgica (“sign out”) no pós-operatório imediato no encaminhamento para sala de recuperação pós-anestesia em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no período 01 de maio de 2019 a 30 de agosto de 2019, no HC-UFU

Itens da lista de verificação de segurança Cirúrgica	Itens preenchidos N(%)	Itens não preenchidos N(%)
Dados referente a anestesia	18(27,69)	47(72,30)
Tipo de anestesia	19(29,23)	46(70,76)
Bloqueio/ ASA	16(24,61)	49(75,38)
Admissão da RPA	36(55,38)	29(44,61)
Nível de consciência	38(58,46)	27(41,5)
Respiração	37(56,92)	28(43,07)
Lesão de pele	30(46,15)	35(53,84)
Dispositivo	33(50,76)	32(49,23)
Local da ferida	29(44,61)	36(55,38)
Medicação	16(24,61)	49(75,38)
Imobilização	36(55,38)	29(44,61)
Contenções	36(55,38)	29(44,61)
Controle de sinais vitais, dor, ferida operatória, comportamento	30(46,15)	35(53,84)
Escala de Aldrete	31(47,69)	34(52,30)
Controle de líquidos administrados e eliminados	2(3,07)	63(96,92)
Encaminhamento e estado do paciente para a Unidade de Internação	33(50,76)	32(49,23)
Checklist de encaminhamento no pós-operatório	32(49,23)	33(50,76)

Fonte: Autora

A tabela 6 recuperação pós-anestésico teve os itens preenchidos: dados referente a anestesia 18(27,6%), tipo de anestesia 19(29,2%), bloqueio/ ASA 16(24,6%), admissão da RPA 36(55,3%), nível de consciência 38(58,4%), respiração 37(56,9%), lesão de pele 30(46,1%), dispositivo 33(50,7%), local da ferida 29(44,6%), medicação 16(24,6%),

imobilização e contenções 36(55,3%), controle de sinais vitais, dor, ferida operatória, comportamento 30(46,1%), escala de Aldrete 31(47,6%), controle de líquidos administrativos e eliminados 2(3,1%), encaminhamento e estado do paciente para a unidade de internação 33(50,7%), checklist de encaminhamento no pós-operatório 32(49,2%).

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo fazem alusões aos preenchimentos da lista de verificação de cirurgia segura, nos dados existentes mostram que há itens da lista que ficaram sem o devido preenchimento, isso poderia ter como causa o esquecimento ou negligência do profissional de saúde relator, fato não analisado neste trabalho. A OMS esforça-se em motivar, de forma mundialmente, a todos para um movimento de ambiente seguro nas unidades de saúde, para que hajam protocolos de verificação adequados a realidades locais, promovendo segurança do paciente no momento da assistência. A introdução do ambiente seguro no momento cirúrgico propicia a conscientização de salvar vidas e valorizar o trabalho em equipe (DIEGO, 2015).

Assim, o objetivo da construção de uma cultura segura foca na diminuição dos eventos adversos (EAs) nos hospitais, clínicas, e conseqüentemente nos procedimentos, em especial as cirurgias. O preenchimento integral do instrumento é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a fim de garantir a confirmação de todos os elementos determinantes da segurança. Diante da resistência das equipes responsáveis pelo preenchimento correto da lista, o gestor da unidade, principalmente o enfermeiro, almeja-se embasar o delineamento de estratégias específicas que visem a melhoria do processo de segurança (DIEGO, 2015; ALMEIDA, RODRIGUES, 2018).

Alguns estudos mostram que o não preenchimento da ficha pode estar associado à limitação de aceitação do *checklist* pelos profissionais das equipes cirúrgicas na prática e em sala operatória, mostram falhas nos processos de implementação do protocolo de cirurgia segura em centros cirúrgicos de hospitais brasileiros. A execução da lista, bem como a sensibilização da equipe e o envolvimento dela na implantação do procedimento, pode influenciar positivamente na qualidade do processo (SCHMIDT; YONEKURA et al., 2015; ALMEIDA; RODRIGUES, 2018).

O uso do checklist é realizado em três momentos durante a intervenção cirúrgica, sendo antes da anestésica (“sign in”), antes da incisão na pele (“time out”) e antes do paciente sair da sala cirúrgica (“sign out”) (RIBEIRO et al., 2017; OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2017) na primeira parte, a conferência do momento pré-operatório mediato da internação (“sign in”), no trabalho nota-se que os números de itens preenchidos são inferiores aos não preenchidos, assim, todos os itens a serem preenchidos são de extrema importância na verificação e devem ser preenchimentos, uma vez que o formulário foi criado o objetivo de

assegurar a “Segurança do paciente” (SCHMIDT; YONEKURA et al., 2015; ALMEIDA; RODRIGUES, 2018).

A OMS elaborou uma proposição para a verificação cirúrgica (*checklist*) com apoio de cooperadores de vários países, guiado por três princípios: 1) simplicidade, 2) ampla aplicabilidade e 3) possibilidade de mensuração do impacto. Estes princípios permitam que equipes sigam de maneira eficiente as etapas críticas do protocolo de segurança e, assim, minimizem os riscos evitáveis mais comuns e estabelecendo o bem-estar dos pacientes (SCHMIDT; YONEKURA et al., 2015). No entanto, foi observado no trabalho uma congruência da falta de preenchimento de muitos itens importantes, mas, as informações encontravam-se nos prontuários, as quais deveriam conter na lista (*checklist*), como: doenças associadas – diabetes, hipertensão e alergia a medicamentos. Considerando que esses itens acima não foram preenchidos conforme o preconizado pela OMS e editado o manual da cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (2013), podem promover reações adversas, como: alérgicas, efeitos colaterais originados de super ou sub-dosagem.

No trabalho observou-se que no campo do sitio cirúrgico demarcado e a identificação do paciente teve menos de 50% das fichas preenchidas, assim, pode-se aferir a possíveis riscos a saúde e vida dos pacientes, fato relatado na pesquisa realizada nos EUA por Oliveira e col. (2017) estimou em cirurgias de modo geral tendo o sítio cirúrgico errado e paciente errado ocorreram em cerca de 1 em 50.000 procedimentos, equivalente a 1.500 - 2.500 incidentes por ano. Em outro trabalho realizado por SANTANA e col (2014) em 2005, nos EUA, uma análise de 126 casos de cirurgias em sítio errado ou paciente errado revelou que 76% foram realizados no local inapropriado, 13% no paciente errado e 11% envolveram o procedimento errado, em muitos casos essas falhas podem estar na comunicação entre os membros da equipe e problemas de liderança (WHO 2009).

A cirurgia em local errado recebeu atenção proeminente no início dos anos 90 e os cirurgiões e as organizações profissionais fizeram tentativas para resolver esta questão, criou-se um protocolo universal para prevenção desses erros. “O protocolo universal é um processo de três etapas no qual cada uma é complementar à prática de confirmar o paciente, local e procedimentos corretos sendo: Verificação; Demarcação da lateralidade e Pausa Cirúrgica, em pausa cirúrgica” e acontece no momento em há uma breve pausa antes da incisão para confirmar o paciente, o procedimento e o local da operação, é praticas que seguidas trazem redução para esses eventos adversos (WHO, 2009; SANTANA et al., 2014).

Na avaliação pré-anestésica baseia-se nas informações do estado clínico e histórico do paciente e deve está na averiguação: o jejum, vias aéreas e alergias conhecidas com amparo

para o planejamento da assistência de saúde multiprofissional. A equipe de saúde multiprofissional deve conhecer o risco iminente de perdas sanguíneas para uma efetiva intervenção no paciente promovendo o acesso venoso de calibre grosso para infusão de fluidos disponíveis, isto diminui os índices da morbidade e o aumento da qualidade do ato anestésico-cirúrgico (OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA, 2017). O empoderamento dos profissionais de saúde deve ser uma rotina para o registro costumas, pois demonstra o reconhecimento da necessidade de conferência de todos os itens, incrementa a completude do *checklist* (DIEGO et al., 2015; ALMEIDA; RODRIGUES, 2018).

Na conferência antes da incisão na pele (“time out”) no Intra-operatório teve um número de adesão um pouco mais satisfatório, - a Anotações de enfermagem, porém os demais itens o registro insatisfatório, como: o registro na entrada na sala cirúrgica, Nível de consciência, Respiração, Degermação, Antissepsia, Tipo de bisturi, Posição do paciente, Peças para anatomia, Especificação da peça, Tipo de curativo, Controle de temperatura, Manta térmica, Colchão térmico, Contagem de materiais. Como relatado pelos Diego & col (2015) e Almeida & Rodrigues (2018) onde o registro deve ser sistemático para todas as intervenções e intercorrências realizadas no paciente.

Durante a “saída” ou *sign out* é realizada antes de o paciente sair da sala, quando são confirmados a conclusão da contagem de instrumentais, as compressas e agulhas, a identificação correta de amostras patológicas, os problemas com equipamentos e se ocorreram intercorrências que possam influenciar a recuperação do paciente e demandar cuidados específicos. Conforme manual da OMS descreve a importância do rastreamento geral de itens na sala operatória, em que cada serviço deve ter uma norma especificando quando e por quem devem ser realizadas as contagens cirúrgicas, quais itens devem ser contados e como as contagens devem ser documentadas. Conforme descreve o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, é obrigatória a contagem sistemática das compressas e deve ser verificada e confirmada pelo cirurgião sempre, após as intervenções cirúrgicas. Em caso de dúvidas, deve-se solicitar a realização de radiografias simples do sítio cirúrgico (CREMESP, 2005; GIANNATTASIO; TANIGUCHI, 2016).

De acordo com um estudo de Birolini e et al., (2016) a retenção Inadvertida de Corpos Estranhos (RICE) pode ocorrer até 80% de morbidade e 35% de mortalidade além de desencadear custos médicos e jurídicos significantes. Entretanto, a RICE ainda representa um problema sem resolução. Nesta mesma pesquisa foi realizado um questionário sobre corpos estranhos deixados após intervenções cirúrgicas, cujos resultados foram de 4547 corpos

estranhos expostos, 90% eram têxteis e, destes, as compressas grandes foram as mais freqüentes, 129 casos de agulhas, 237 pinças cirúrgicas.

A medida preventiva de RICE mais difundida é a contagem que, em muitos centros cirúrgicos, não é padronizada ou apenas afere os têxteis. Ainda nos locais onde se seguem todas as recomendações da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), as agulhas são os itens que mais comumente têm a sua contagem discrepante (BIROLINI; RASSLAN; UTIYAMA, 2016).

Portanto diante de estudos como este se verifica a importância da verificação e anotação na lista do checklist, no entanto nota-se falha no preenchimento destes itens, assim como mostra o resultado deste trabalho e relatado nas tabelas.

Enfim o instrumento preconizado pela OMS é relevante pelo fato de que, em ambientes complexos, como o centro cirúrgico, uma vez que os profissionais podem enfrentar a falha da memória e da atenção humana, principalmente em questões rotineiras, as quais são freqüentemente negligenciadas. O checklist reforça a lembrança de tarefas mínimas necessárias, tornando-as explícitas e oferecendo não só a oportunidade de verificação de itens, mas o apoio e o reforço didático teremos uma conclusão positiva em relação à segurança do paciente (MAZIERO et al., 2015).

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que os profissionais do setor não realizam os preenchimentos da lista de verificação de cirurgia segura corretamente, deixando muitos itens em branco. Necessita de um trabalho de conscientização para o hospital no intuito de mostrar a importância dos quesitos da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- ACQUAFRESCA, P. A.; PALERMO, M.; ROGULA, T.; DUZA, G. E.; SERRA, E. Complicações cirúrgicas precoces após by-pass gástrico: Revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de cirurgia Digestivos**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 74-80, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000100019>. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000100074&lng=en&tlng=en. Acesso em: 14 out 2019.
- AMAYA, M. R; MAZIERO, E. C. S.; GRITTEM, L.; CRUZ, E. D. A. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, abr, p.246-51. 2015. DOI: <http://doi:10.5935/1414-8145.20150032>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0246.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- ANGRISANI, L.; SANTONICOLA, A.; LOCINO, P.; FORMISANO, G.; BUCHWALD, H.; SCOPINARO, N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. **Obesity Surgery**. Osxford, v. 25, n.10, p. 1822-1832, oct., 2015. DOI: 10.1007/s11695-015-1657-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25835983>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BIROLINI, D. V.; RASSLAN, S.; UTIYAMA, E. M.; Retenção inadvertida de corpos estranhos após intervenções cirúrgicas. Análise de 4547 casos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [s. l.], v. 43 n. 1, p. 12-17, 2016. DOI: 10.1590/0100-69912016001004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n1/pt_0100-6991-rcbc-43-01-00012.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do paciente. **Protocolos básicos de segurança do paciente**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guiia.pdf Acesso em: 19 nov. 2019.
- BRASIL. Vigilância de Fatores de Risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico: Excesso de Peso. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em: portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf. Acesso em 18 nov.2019.
- BURLANDY, L.; ALEXANDRO, V. P.; GOMES, F. S.; CASTRO, I. R. R.; HENRIQUE, P.; CARVALHO, C. M. P.; CASTRO, P.C. P. J. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1809-1818, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300020. Acesso em: 15 out. 2019.
- COLLINS, R.; PETO, R. Body-mass index and cause specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studie. **Lancet**, [s. l.], v. 373, n. 9669, p. 1083, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299006>. Acesso em: 15 out. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Corpos estranhos intra-abdominais. **Jornal do Cremesp**. São Paulo, 2005. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal & id](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id). Acesso em: 20 nov. 2019.

DIEGO, L. A. S.; SALMAN, F. C.; SILVA, J. H.; BRANDÃO, J. C.; OLIVEIRA, G. F.; 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 segurança da organização mundial da saúde. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.66 n. 4, p. 351-355, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942016000400351&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 nov. 2019.

EBERLE, C. C.; SILVA, A. P. S. Compreensão de estudante de enfermagem sobre a segurança do paciente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, out. /dez, p. 1-9, 2016. DOI: <http://doi.org/10.18471/rbe>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21701>. Acesso em: 15 out. 2019.

ELIAS, A. C. G. P.; SCHMIDT, D. R. C.; YONEKURA, C. S.; DIAS, A. O.; URSI, E. S.; SILVA, R. P. J.; FEIJO, V. B. E. R. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 128-133. jul. /set. 2015. DOI: 10.5327/Z1414-4425201500030002. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/437>. Acesso em: 20 set. 2019.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Revista de Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2279-2287, 2011. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400027>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400027. Acesso em: 20 set. 2019.

GIANNATTASIO, M. B.; TANIGUCHI, F. P.; Avaliação da segurança do paciente em cirurgia cardíaca de um hospital público. **Revista SOBECC**, São Paulo. v. 21 n.3, p.125-131, jul. /set. 2016. DOI: 10.5327/Z1414-4425201600030002. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/download/26/pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.

MANRIQUE, B. T. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 355-360, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500060>. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002015000400011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 nov. 2019.

MAZIERO, E. C. S.; SILVA, A. E. B. C.; MANTOVANI, M. F.; CRUZ, E. D. A. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente, **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.36 n.4, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S1983-14472015000400014. Acesso em: 13 set. 2019.

MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e

após a cirurgia bariátrica, **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.2, p.157-164, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400028>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 10 set. 2019.

NETO, J. L. F.; KIND, L., RESENDE, M. C. C.; COLEN, N. S. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Caderno Saúde Pública**. Belo Horizonte. v.29 n.10, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00032912>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n10/1997-2007>. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, A. C.; ABREU, A. R.; ALMEIDA, S. S. Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v.8, n.4, p.14-18. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf. Acesso em: 11 jul. 2019.

PENNA G. L.; VAZ I. P.; FONSECA E. C.; KALICHSZTEIN M.; NOBRE G. F. Pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica em unidade intensiva versus unidade de internação. Estudo retrospectivo com 828 pacientes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.29, n.3, p.325-330, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170050>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000300325. Acesso em: 11 jul. 2019.

RÊGO, A. S.; ZULIN, A.; SCOLARI, S.; MARCON, S. S.; RADOVANOVIC, C.A. T. Análise das condições clínicas de pessoas obesas em período pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v.44, n.2, p.171-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017002011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000200171&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2019.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Obesidade e Sobrepeso: Here, There and Everywhere. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v.47, n.6, dez., p.633-635, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000600001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000600001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2019.

RIBEIRO, H. C. T. C. Global patient safety challenges: Global patient safety challenges: breve panorama dos avanços e pesquisas no brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei ,v. 7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2691>. Disponível em: seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2691/1818. Acesso em: 21 nov.2019.

RIBEIRO, H. C. T. C.; QUITES, H. F. O.; BREDES, A. C.; SOUZA, K. A. S.; ALVES, M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Caderno de Saúde Pública**, Belo Horizonte. v. 33 n.10, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046216>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n10/1678-4464-csp-33-10-e00046216.pdf>.

Acesso em: 19 nov. 2019.

RICHARDSON, R. J.; Peres, J. A. S.; Wanderley, J. C. V.; Correia, L. M.; Peres, M. H. M. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas. 1999. Disponível em: <https://brainly.com.br/tarefa/24274411>. Acesso em: 27 mai 2019.

SCHARAM J. M.; OLIVEIRA A. F.; LEITE. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p.897-908, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>. Acesso em: 21 nov.2019.

SCHIMIDT M. D.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S.M.; et al., Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [s. l.], v.377, n. 11, p. 35-9. may 9, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext). Acesso em 19 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for safe sur-gery**. Geneva: WHO, 2009. ISBN: 9789241598552. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=370388F57171E70A28EFAB43505F8E9D?sequence=1. Acesso em: 17 out. 2019.

ZEVE J. L. M.; NOVAIS, P. O; JÚNIOR, N. O. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, jul./dez. p. 132-140, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/10966/8206>. Acesso em: 02 nov.2019

ANEXO A - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Ficha nr: _____

Masculino:___ Feminino:___ Idade: I - Encaminhamento para o centro cirúrgico

Data: Diagnostico médico:

Cirurgia Proposta:_____ Doenças associadas () DM () HAS Outros:

Alergia () Não () Sim Qual?

Isolamento () Não () Sim () Contato () Respiratório () Proteção reversa Início jejum

____Horas do dia / / Peso: Altura:

Lesão de pele: () Não () Sim Local:

Dispositivos invasivos: ()Traqueostomia () TOT () PAI () PICC () Acesso Venoso

Periférico () Acesso Venoso Central() Dreno () Sonda Medicamentos () ATB

() Vasoativas() Sedação ()Nutrição parenteral

Banho pré-operatório () Sim () Não se aplica Verificado Condições de higiene ()

Sim () Não se aplica Esvaziamento Vesical () Sim ()

Não se aplica

Retirada de roupa íntima () Sim () Não se aplica Retirada de órteses,

próteses e adornos () Sim () Não se aplica Sítio cirúrgico demarcado () Sim ()

Não se aplica

Identificação do paciente () Sim () Não se aplica Reserva de hemocomponentes

() Sim () Não se aplica Solicitação de leito de UTI () Sim ()

Não se aplica Administração de pré-anestésico () Sim () Não se

aplica

Documentação:

() Internação () RX

() Relatório de enfermagem

() ECG

() Folha de choque/Registro

() Tomografia

() Avaliação pré-anestésica

() USG

() Consentimento Cirúrgico

() ECO

() Consentimento Anestésico () Outros () Evolução

Prescrição médica

Encaminhamento para o Centro Cirúrgico às _____ horas.

II-RECEPÇÃO CENTRO CIRÚRGICO – Entrada no CC às _____ horas Documentação:

Internação RX

Relatório de enfermagem ECG

Folha de choque/Registro Tomografia

Avaliação pré-anestésica USG

Consentimento Cirúrgico ECO

Consentimento Anestésico Outros Evolução

Prescrição médica Pertences

Checar pulseira de identificação (nome e prontuário) Checar demarcação do sítio cirúrgico

III – VERIFICAÇÃO CIRÚRGICA

Antes da indução anestésica – Identificação Checar pulseira de identificação

Montagem SO de acordo com o procedimento Materiais/ Implantes disponíveis

Equipamentos testados e funcionando Consentimento Cirúrgico

Consentimento Anestésico

Sítio demarcado Não se aplica

Materiais de vias aéreas (laringo, guedel, ambú, etc)

Aspirador funcionamento

Oxímetro de pulso no paciente e funcionando Via aérea difícil? Sim Não

Material VAD disponível ? Sim Não se aplica Alergia conhecida? Sim Não

Risco de grande perda sanguínea? Sim Não Reserva disponível? Sim Não

Acesso venoso? Central Periférico

Imagens disponíveis? Sim Não se aplica Confirmação da equipe em sala

Enfermeiro: __Téc.Enf:_____ Anestesista: __ Preceptor Cirurgião: _ Instrumentador: _____

Antes da incisão cirúrgica – Confirmação

Confirmar verbalmente Paciente

Procedimento Lateralidade

Sítio cirúrgico

Antibiótico Profilático nos últimos 60 minutos? Sim Não se aplica Antecipação de eventos críticos

Cirurgião

Quais são as etapas críticas, duração da cirurgia, perda de sangue?

Anestesiologista

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

Enfermagem e Instrumentador

Materiais necessários presentes e estéreis (integrador) ? Equipamentos disponíveis e funcionando? Antes do paciente sair as SO – Registro Confirmar verbalmente

Procedimento realizado

Contagem correta de compressas Contagem correta de gaze

Contagem correta de instrumental

Contagem correta de perfurocortante Amostra de exames identificados corretamente Sim Não se aplica

Soluções de infusão identificadas adequadamente? Sim Não se aplica

Algum problema com equipamentos para ser resolvidos? Sim Não se aplica

Recomendações de cuidados imediatos na RPA

IV – INTRAOPERATÓRIO Entrada na SO às ____ horas

Nível de consciência Consciente Orientado Confuso Torporoso Respiração Espontânea Oxigenoterapia ____ l/min Intubado Tricotomia Sim Não se aplica

Degermação Clorexidina PVPI Não se aplica Antissepsia Clorexidina PVPI – tintura PVPI – tópico Video cirurgia Sim Não

Bisturi Elétrico Bipolar Argônio Não se aplica Intensificador de imagens Sim Não **RX** Sim Não

Posição do paciente Trendelenburg Trendelenburg reverso

Fowler

Decúbito ventral Decúbito dorsal Decúbito lateral Litotômica Peças para anatomia Não Sim Quantidade de peças: Especificação da peça:

Gram/cultura Não Sim Citologia : Não Sim

Curativo Limpo e seco Embebido de sangue Totalmente embebido de sangue

Controle de temperatura corporal : Termômetro esofágico Axilar Retal T°C inicial T°C após anestésico T°C após 60 min ____ T°C final ____

Saturação O ² (%)												
FC (bpm)												
PA (mmhg)												
Temperatura(°C)												
Dor 0 – sem dor 1 á 3- Fraca <input type="checkbox"/> 4 á 6- Moderada <input type="checkbox"/> 7 á 9- Intensa <input type="checkbox"/> 10 – Insuportável <input type="checkbox"/>												
Ferida Operatória 1 – Limpo e seco 2 – Parcialmente embebi- do de sangue 3 – Totalmente embebido de sangue												
Comportamento 1 – Calmo 2 – Agitado 3 – Agressivo 4 – Apático												

Parâmetros/minutos		Valor	Adm	30	60	120
Nível de consciência	Consciente e orientado	2				
	Despertável ao mínimo estímulo	1				
	Responsivo a estímulo tátil	0				
Atividade física	Capaz de mover a 4 extremidades	2				
	Alguma fraqueza ao	1				

	movimento de extremidade					
	Incapaz de mover extremidade voluntariamente	0				
Estado Hemodinâmico	PA \pm 15% valores basais	2				
	PA 15-30% valores basais	1				
	PA \pm 30% valores basais	0				
Estabilidade Respiratória	Capaz de respirar profundamente	2				
	Taquipnéutico com tosse efetiva	1				
	Dispnéutico com tosse fraca	0				
Estado saturação De oxigênio	Mantém Sat O ₂ > 95% ar ambiente	2				
	Requer suplemento de O ₂	1				
	Sat O ₂ < 90% com suplemento O ₂	0				
Dor pós-operatório	Nenhuma ou suave desconforto	2				
	Moderada a severa controlada com analgésico IV	1				
	Resistente, dor severa	0				
Sintomas náuseas/ Vômitos PO	Nenhuma ou suave náusea sem vômitos	2				
	Vômitos transitórios	1				
	Náuseas e vômitos persistente, moderado a severo	0				
	Total					

Nota: valor mínimo para alta = ou > 12 pontos

Líquidos administrados	Líquidos eliminados
------------------------	---------------------

Hora					Hora							
Tipo					Tipo							

VI ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE FOI PARA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Acordado Adormecido Sonolento Intubado Torporoso Outros

Oxigenoterapia ___ l/min Sonda _____ Dreno ___ Local: ___ Cateter Venoso Periférico Local _____ Cateter Venoso Central Local Medicações na alta

Sedação ___ Drogas vasoativas. Analgesia_ Outros _____

Check-list de encaminhamento no pós-operatório

Internação Consentimento Anestésico RX

Relatório de enfermagem Ficha Anestésica ECG

Evolução clínica Ficha de Fibrobroncospia Tomografia Folha de choque/registo Ficha de Cistoscopia USG

Prescrição Médica Encaminhamento para UTI ECO Nota o

Cartão de alta

Ficha operatória Outros : ___ Consentimento cirúrgico

Encaminhado às ___ horas

Enfermaria_ UTI _____ PS_ IML

ANEXO B – DECLARAÇÃO DA EQUIPE EXECUTANTE NA DISPENSA DO TCL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA
GESTÃO ACADÊMICA

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA: ASPECTOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro, ainda, que o projeto de pesquisa apresentado não tem financiamento oriundo de recursos do SUS.

Autorizo as pesquisadoras **ELIAS JOSÉ DE OLIVEIRA// LEILA DE FÁTIMA OLIVEIRA CAIXETA** a realizar a pesquisa utilizando a infra-estrutura deste Hospital, com a devida realização das etapas de um estudo retrospectivo, epidemiológico, com amostras de prontuários médicos de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica ao período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017 realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU). As amostras estudadas serão feitas por meio de seleção sistemática e aleatória, com uma amostragem de 416 prontuários, onde o número de prontuários a ser pesquisado será de 159, sendo este número encontrado através do cálculo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA
GESTÃO ACADÊMICA

amostral de acordo com a fórmula abaixo (Richardson ET AL 1999) cujo os parâmetros de erro de estimação foi de 5% e nível de confiança de 2° (Sigmas). Esta busca será realizada no registro eletrônico com auxílio do Setor de arquivo Médico (SAME) do HCU-UFU através de busca no registro eletrônico de cirurgias (Sistema de Informação Hospitalar - SIH) e posteriormente de acordo com os critérios de inclusão do paciente será solicitado via SAME, com autorização do referido setor, a análise visual do prontuário.

Uberlândia-MG, 02/05/2019

PROF. DR. ORLANDO CÉSAR MANTESE

DIRETOR GERAL DO HCU-UFU

Hospital de Clínicas de Uberlândia

Prof. Orlando César Mantese

Diretor Geral

CRM-MG 23947 - CPF 613.009.588-04

ANEXO C - DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À
CIRURGIA BARIÁTRICA: ASPECTOS DA SEGURANÇA DO
PACIENTE

Pesquisador: Elias Jose Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13006718.0.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.463.450

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.425.932, de 28 de Junho de 2019.

O protocolo de pesquisa intitulado "ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA: ASPECTOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE", realizada análise estatística para confirmação da significância dos principais fatores relacionados ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica dos pacientes submetidos a intervenção bariátrica ao período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017. De acordo com os pesquisadores, a obesidade é um problema mundial com crescimento em vários países, e devido a tantas complicações relacionadas a comorbidades de doenças ocasionadas, tornou-se importante as medidas preventivas de cuidados, considerada uma doença crônica, relacionada a várias etiologias, pode desencadear comorbidades como: diabetes mellitus II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, etc. Este estudo tem como objetivo conhecer sobre a obesidade e os problemas de saúde que ocasiona na população vigente, técnicas avançadas usadas em pacientes que não conseguem perder peso, sendo necessário da intervenção da cirurgia bariátrica ou outros tipos menos invasivos que ajudem os pacientes a perda efetiva de

peso e as medidas de segurança efetiva ao paciente hospitalizado. Cabe ao profissional de enfermagem fazer os cuidados e orientar os pacientes que passam por esses procedimentos cirúrgicos que tem a função de modificar a vida dos pacientes dando-lhe uma melhor qualidade de vida. Começaram a surgir muitas complicações relacionadas a procedimentos cirúrgicos, com isso aumentou a preocupação relacionada à segurança dos pacientes por parte das organizações de saúde, levando-as a tomarem medidas preventivas, tais como checagem de uma lista de procedimentos seguidos ou implantados (checklist) como instrumentos para organizações das áreas clínicas e hospitais, comprova a sua eficácia). O preenchimento correto do checklist mostra queda nas taxas de complicações no pós-operatório de 11% para 7% e a mortalidade perioperatória em cirurgia de grande porte de 1,5% a 0,8%. No Brasil, há escassez de estudos que mostrem métodos de trabalho no processo de implantação e de preenchimento adequado do instrumento bem como sua importância para a redução de incidentes. Estudos recentes sugerem que a baixa adesão ao checklist possivelmente tem reflexos sobre a ocorrência de eventos adversos na assistência cirúrgica, resultando em permanência do paciente por maior tempo no hospital, risco de nova internação, necessidade de cuidados intensivos, mortalidade e outros sendo um método que precisa ser explorado e se usado de forma eficiente pode modificar a vida do paciente

METODOLOGIA: Trata-se de estudo retrospectivo, epidemiológico de paciente submetidos a cirurgia bariátrica ao período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017 realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia – HC-UFU através da revisão dos prontuários médicos. As amostras estudadas serão feitas por meio de seleção sistemática e aleatória, com uma amostragem de 416 prontuários médicos correspondendo ao quantitativo de cirurgias realizadas. A definidos pela formulação de Richardson (1999) demonstrou que o número de prontuários a ser pesquisado será de 159, sendo este número encontrado através do cálculo amostral de acordo com a fórmula abaixo, cujo os parâmetros de erro de estimação de 5% e nível de confiança de 2 (sigmas). Esta busca será realizada com auxílio do Setor de Arquivo Médico (SAME) do HC-UFU através de busca no registro eletrônico de cirurgias (Sistema de Informação Hospitalar– SIH) e posteriormente de acordo com os critérios de inclusão do paciente será solicitado via SAME, com autorização do referido setor, a análise visual do prontuário.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: verificação de prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva relacionada ao preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica e os cuidados de enfermagem aos pacientes contidos a cirurgia bariátrica no HC-UFU, com o apoio de referenciais teóricos para elaboração do estudo. Portanto, serão incluídos no estudo prontuários de pacientes com cirurgia realizado por motivos estéticos os quais possuem uma grande concentração de gordura abdominal localizada, obesos mordidos, de acordo com a escolha da especialidade cirurgia gástrica do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: serão excluídos os prontuários de pacientes, da amostragem estudada, que realizaram a cirurgia gástrica que não seja a bariátrica. Os demais prontuários que serão selecionados, mas que não incluem nos padrões de seleção e elegibilidade da pesquisa serão excluídos.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Avaliar as medidas de segurança nos pacientes submetidos a cirurgia plásticas de redução gástrica no Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU.

Objetivo Secundário:

Analisar os dados em prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica e observar o preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores:

Riscos: Os riscos contidos no presente estudo são os inerentes aos projetos dessa natureza, a quebra de sigilo pessoal dos dados de prontuário. Uma vez realizados com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos não podem ser descartados. Mas os pesquisadores deverão adotar medidas para sua prevenção, como a inclusão de código para cada paciente.

Benefícios: Contribuição para análise dos pacientes submetidos a cirurgia plástica de redução gástrica, pois esse tipo de procedimento pode transformar a vida do paciente que não consegue emagrecer pelos métodos tradicionais, que envolvem dieta e exercícios, e assim a cirurgia pode trazer uma nova perspectiva para o paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**PENDÊNCIA ANTERIORMENTE APONTADA:**

1- Esclarecer os critérios de inclusão e exclusão, uma vez que o objetivo primário remete aos participantes que estão no critério de inclusão. Justificar de forma clara o grupo de participantes que serão incluídos e excluídos na pesquisa.

RESPOSTA: "Critério de Exclusão foi mudado de (...) realizaram a cirurgia gástrica que foram por finalidade plástica, motivada pela obesidade. (...) Critérios de exclusão: serão excluídos os prontuários de pacientes, da amostragem estudada, que realizaram a cirurgia gástrica que foram por finalidade plástica, motivada pela obesidade. Os demais prontuários que serão selecionados, mas que não incluem nos padrões de seleção e elegibilidade da pesquisa serão excluídos.

Para: (...) realizaram a cirurgia gástrica que não seja a bariátrica. (...)

Critérios de exclusão: serão excluídos os prontuários de pacientes, da amostragem estudada, que realizaram a cirurgia gástrica que não seja a bariátrica. Os demais prontuários que serão selecionados, mas que não incluem nos padrões de seleção e elegibilidade da pesquisa serão excluídos.

PENDÊNCIA ATENDIDA.**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos devidamente anexados (folha de rosto, links para currículos, termo de compromisso da equipe, declaração de coparticipante. Solicita dispensa de TCLE, uma vez que os dados a serem coletados serão obtidos em revisão de prontuários físicos e eletrônicos de pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica, não havendo contato físico com o paciente e seus familiares. A pesquisa será somente no âmbito das dependências do Setor de Arquivo Médico do HC-UFU). Cronograma e orçamento adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.425.932, de 28 de Junho de 2019, foram atendidas. De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: março de 2020.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá- las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1233983.pdf	02/07/2019 16:05:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_ATENCAO_DE_ENFERMAGEM_AO_PACIENTE_SUBMETIDO_A_CIRURGIA_BARIATRICA_ASPECTOS_DA_SEGURANCA_DO_PACIENTE.pdf	02/07/2019 16:01:08	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito
Outros	texto_de_explicativo_da_alteracao_dos_criterios_de_exclusao.pdf	02/07/2019 15:58:05	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_da_instituicao_co_participante.pdf	02/05/2019 16:52:24	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito
Outros	links_dos_curriculos_dos_pesquisadores.docx	15/04/2019 21:06:32	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_da_equipe_executadora.pdf	03/04/2019 00:02:14	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito
Outros	LISTA_DE_VERIFICACAO_DE_SEGURANCA_CIRURGICA.pdf	02/04/2019 22:54:40	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/10/2018 16:12:09	LEILA DE FATIMA OLIVEIRA CAIXETA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 21 de Julho de
2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))