

**Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental****Occurrence of incidents at a surgical center: a documentary study**

Willyara Rodrigues Bezerra<sup>1</sup>, Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>2</sup>, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá<sup>3</sup>,  
Milton Júnio Cândido Bernardes<sup>4</sup>, Cristiane Chagas Teixeira<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Discente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Goiânia, GO, Brasil. E-mail: [willyara\\_pba@hotmail.com](mailto:willyara_pba@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da FEN/UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: [analuciaqueiroz@uol.com.br](mailto:analuciaqueiroz@uol.com.br).

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. E-mail: [paranagua@unb.br](mailto:paranagua@unb.br).

<sup>4</sup> Enfermeiro, Mestre em Ciências Farmacêuticas. Oficial Enfermeiro QOCON da Força Aérea Brasileira. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: [milton.bernardes@gmail.com](mailto:milton.bernardes@gmail.com).

<sup>5</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: [cc-teixeira@hotmail.com](mailto:cc-teixeira@hotmail.com).

**RESUMO**

O objetivo do estudo foi estimar a prevalência dos incidentes ocorridos durante cirurgias em um centro cirúrgico e analisar os tipos e causas das ocorrências. Estudo transversal, retrospectivo, tendo como fonte de dados 300 prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no período de julho a dezembro de 2013, em um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil. Um total de 26 incidentes foi encontrado, estimando prevalência de 8,7%. Incidentes relacionados à suspensão de cirurgia, perfuração de luvas, acidentes com paciente por falhas técnicas no procedimento e falhas técnicas no gerenciamento do serviço foram atribuídos à distração da equipe, falha na prescrição, pouco conhecimento, sobrecarga de trabalho e falha de organização do serviço. O estudo evidenciou a característica sistêmica e multifatorial do incidente e levantou indicadores que indicam a necessidade de melhorias no processo de gestão de materiais e recursos humanos.

**Descritores:** Enfermagem; Gestão da Segurança; Doença Iatrogênica; Assistência Perioperatória; Segurança do Paciente.

**ABSTRACT**

The objective of the study was to estimate the prevalence of incidents occurred during surgeries at a surgical center and to analyze the types and causes of occurrences. A cross-sectional retrospective study, having as data source 300 records of patients submitted to surgery procedures during July and December of 2013, at a teaching hospital from the Central-Western Region of Brazil. A total of 26 incidents were found and the estimated prevalence was 8.7%. Incidents related to the suspension of surgeries, gloves perforations, and accidents with the patient by technical failures in the procedure and, technical failures on the service management were attributed to team distraction, prescription failure, lack of knowledge, work overload, and failure of service organization. The study found the incident systemic and multifactorial characteristic and brought up indicators for the need of improvements on the management process of materials and human resources.

**Descriptors:** Nursing; Safety Management; Iatrogenic Disease; Perioperative Care; Patient Safety.

## INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade dentro do hospital concebida para realização de procedimentos cirúrgicos, com intuito em diagnosticar ou tratar agravos de diversas etiologias<sup>(1)</sup>. Devido a diversidade de procedimentos, ocorre intensa circulação de profissionais de saúde de diferentes áreas, o que favorece muitas vezes a ocorrência de incidentes<sup>(2)</sup>.

Incidentes são definidos como ocorrência não intencional, decorrentes da assistência à saúde, que podem resultar em prejuízo ao paciente, bem como, incapacidade, disfunção temporária ou permanente, prolongamento de permanência hospitalar, e até mesmo o óbito<sup>(3)</sup>.

Conforme suas consequências, os incidentes podem ser classificados como circunstância notificável, quando existe uma situação com potencial significativo para ocorrência de dano; quase erro são incidentes que por algum motivo foram interceptados e não atinge o paciente; incidente sem dano são aqueles que atingem o paciente, porém nenhum dano é detectado e, por fim, o evento com dano que é o evento adverso (EA) quando resulta em prejuízo ao paciente<sup>(3)</sup>.

A preocupação mundial com a questão da segurança ficou evidente a partir do ano 2000, quando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou o relatório intitulado *To err is human: building a safer health care system*, no qual apontou que aproximadamente 98.000 pessoas morrem anualmente, vítimas de erros oriundos do cuidado à saúde. Desde então, iniciou-se o movimento em prol da segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde<sup>(4)</sup>.

O cuidado seguro no contexto cirúrgico é um desafio premente em instituições que prestam serviços de assistência à saúde. Estimativas apontam que sejam realizadas 234 milhões de cirurgias, com ocorrência de sete milhões de incidentes e dois milhões de óbitos, sendo que, 50% poderiam ter sido evitáveis. Dentre as cirurgias consideradas de alta complexidade, registraram-se cerca de três a 16% procedimentos cirúrgicos

realizados em pacientes internados, com significativas taxas de óbito<sup>(5)</sup>.

Estudo documental, retrospectivo, identificou a ocorrência de 42 EA, dos quais 26,2% se relacionavam a problemas de estrutura da sala cirúrgica como manutenção dos equipamentos e fornecimento de materiais e 73,8% à assistência, como, intercorrências, complicações devido à anestesia, queimadura pelo uso de bisturi elétrico, ausência de um cuidado humanizado, descuido na checagem pré-operatória e quedas<sup>(2)</sup>.

Uma investigação realizada em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro evidenciou a ocorrência de 38 pacientes expostos a 41 EA cirúrgicos, revelando que muitas vezes o paciente é exposto a mais de um evento na mesma internação<sup>(6)</sup>.

As principais causas para a ocorrência de EA cirúrgicos referem-se à rotina na programação de procedimentos eletivos, sobrecarga de trabalho ou distração por outros pacientes, colegas de trabalho ou ocorrências na unidade, desatenção na passagem de plantão e a falta de comunicação entre os membros da equipe<sup>(7)</sup>.

O preparo correto no pré-operatório é essencial para atenuar ou mesmo evitar que aconteça algum incidente durante a cirurgia<sup>(3)</sup>. Análise realizada em 750 internações em uma clínica cirúrgica, encontrou 5.672 incidentes registrados nos prontuários, sendo relacionado a procedimento/processo clínicos, como dor aguda em pós operatório; falhas de procedimentos técnicos por falta de habilidade dos profissionais; dispositivos tubulares que são retirados antes do tempo programado; suspensões cirúrgicas; reações adversas à medicações e infecções hospitalares<sup>(8)</sup>.

Com a finalidade de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência à saúde, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançou a campanha "Cirurgias seguras salvam vidas", cujo objetivo é a redução da morbimortalidade decorrente de procedimentos cirúrgicos<sup>(9)</sup>.

Esta é uma meta global proposta com a intenção de aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde, contemplando a prevenção de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica<sup>(9)</sup>.

Nesse sentido, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e outras organizações com o propósito de orientar a assistência de qualidade e segurança lançaram programas para promover a segurança do paciente e minimizar a ocorrência dos incidentes em ambientes de cuidado<sup>(10)</sup>.

No Brasil, a fim de reduzir os riscos decorrentes da assistência à saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), lançou seis protocolos operacionais que versam sobre a terapia medicamentosa, o risco de quedas, a higienização das mãos, a prevenção da úlcera por pressão, a identificação do paciente e a segurança durante procedimentos cirúrgicos<sup>(11)</sup>.

Considerando que a segurança do paciente é a redução a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>(3)</sup>, acredita-se que seja de extrema importância diagnosticar os incidentes que ocorrem no CC de um hospital de ensino e que se resolvam as seguintes questões: Quais os incidentes registrados pelos profissionais? Qual o envolvimento desses profissionais nos incidentes?

Esta temática desperta interesse em nível internacional, pois atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) direciona sua atenção para a qualidade e segurança na realização de procedimentos cirúrgicos<sup>(2)</sup>. Assim, as instituições de saúde deverão estar atentas a essa realidade, para que possam planejar e prevenir ações e manter elevado o padrão de qualidade e segurança na assistência aos pacientes.

No intuito de responder a esses questionamentos, o objetivo deste estudo consistiu em estimar a prevalência dos incidentes ocorridos durante cirurgias em um centro cirúrgico e analisar os tipos e causas dessas ocorrências.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil, de alta complexidade que atende, exclusivamente, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e constitui campo de prática dos acadêmicos dos cursos da área de saúde.

O centro cirúrgico ocupa o segundo andar e possui 11 salas cirúrgicas equipadas para realização de procedimentos cirúrgicos com segurança. As especialidades de cirurgias atendidas são: ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, gastroenterologia, ortopédica, plástica, urologia, neurologia, proctologia, otorrinolaringologia e bucomaxilofacial. Conforme dados da instituição, no ano de 2013 foram realizadas mais de 9.500 cirurgias com média de 26 cirurgias diárias.

A população do estudo contemplou os pacientes submetidos à cirurgia entre o período de 01 de setembro a 31 de outubro de 2013. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2014. A fonte de dados foram os prontuários dos pacientes arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS) do hospital.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi estruturado por pesquisadores e submetido à avaliação de expertises, especialistas da área de gestão e administração, que pesquisam sobre esta temática, contendo questões objetivas sobre o procedimento cirúrgico e de relatos sobre os incidentes.

Os incidentes foram investigados a partir da análise dos registros dos profissionais de saúde contidos nos formulários de anotações do período intraoperatório, quais sejam: formulário de descrição da cirurgia, de descrição da anestesia e da evolução de enfermagem. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários estavam incompletos, que não continham os formulários supracitados para investigação e prontuários de pacientes obstétricos, uma vez que o hospital possui CC especializado para o atendimento dessa população.

A coleta foi iniciada somente após autorização escrita da diretoria do hospital e coordenação do SAMIS, sendo realizada pela própria pesquisadora conforme a disponibilidade dos prontuários pelo próprio serviço do hospital.

Os dados foram estruturados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20,0 for windows, e analisados descritivamente, apresentando médias e desvio padrão para variáveis contínuas e frequências relativa e absoluta para variáveis categóricas.

A prevalência dos incidentes e intervalo de 95% de confiança foram calculados, considerando o número de pacientes expostos a, pelo menos, um incidente como numerador e o número da população total como denominador.

Os registros dos incidentes foram transcritos para formar um *corpus* de análise e submetidos à avaliação

para classificação dos incidentes<sup>(3)</sup>. A descrição dos incidentes foi utilizada para exemplificar cada caso, utilizando a letra P para identificação, seguido de número cardinal, conforme a ordem das coletas.

Este estudo está vinculado ao projeto “Análise de ocorrências de eventos adversos em um hospital da Rede Sentinela da Região Centro-Oeste”, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob protocolo nº 064/2008. Os demais aspectos éticos foram observados conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(12)</sup>.

## RESULTADOS

A análise dos 300 prontuários de pacientes submetidos à intervenção cirúrgica evidenciou a diversidade do perfil da clientela. A caracterização dos pacientes está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1:** Caracterização dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica em um hospital de ensino. Goiânia, GO, Brasil, 2014.

Características dos pacientes	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	167	55,3
Masculino	132	44,6
<b>Idade</b>		
Até 10 anos	45	15,0
11 a 20 anos	23	7,7
21 a 30 anos	35	11,7
31 a 40 anos	63	21,0
41 a 50 anos	52	17,3
51 a 60 anos	28	9,3
61 a 70 anos	35	11,7
71 anos ou mais	19	6,3
<b>Comorbidade</b>		
Sim	71	23,7
Não	223	74,3
Não informado	07	2,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

O sexo feminino correspondeu a 55,3% dos pacientes. A idade variou de um a 92 anos, com média de 37,9 anos ( $\pm$  21,3 anos), e faixa predominante de 31 a 50 anos para 38,3% da população. A presença de comorbidades foi encontrada em 23,7% dos pacientes, sendo reportados com maior frequência a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*.

Por se tratar de um hospital de referência, as características clínicas da internação são diversificadas, conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Características clínicas da internação de pacientes submetidos à intervenção cirúrgica em um hospital de ensino. Goiânia, GO, Brasil, 2014.

Características da internação	N	%
<b>Tipo de admissão</b>		
Urgência	100	33,3
Eletiva	200	66,7
<b>Tempo de internação pré-operatório</b>		
Cirurgia no mesmo dia	67	22,3
1 a 2 dias	163	54,3
3 a 5 dias	29	9,7
6 a 10 dias	16	5,3
11 dias ou mais	17	5,7
Internaram para cirurgia e não fizeram	08	2,7
<b>Tempo de internação pós-operatório</b>		
Alta no mesmo dia da cirurgia	17	5,7
1 a 2 dias	194	64,7
3 a 5 dias	45	15,0
6 a 10 dias	18	6,0
11 dias ou mais	17	5,7
Internaram para cirurgia e não fizeram	08	2,7
<b>Uso de sondas</b>		
Sim	83	27,7
Não	217	72,3
<b>Uso de cateter</b>		
Sim	288	96,0
Não	12	4,0
<b>Uso de tubo orotraqueal</b>		
Sim	130	43,3
Não	170	56,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

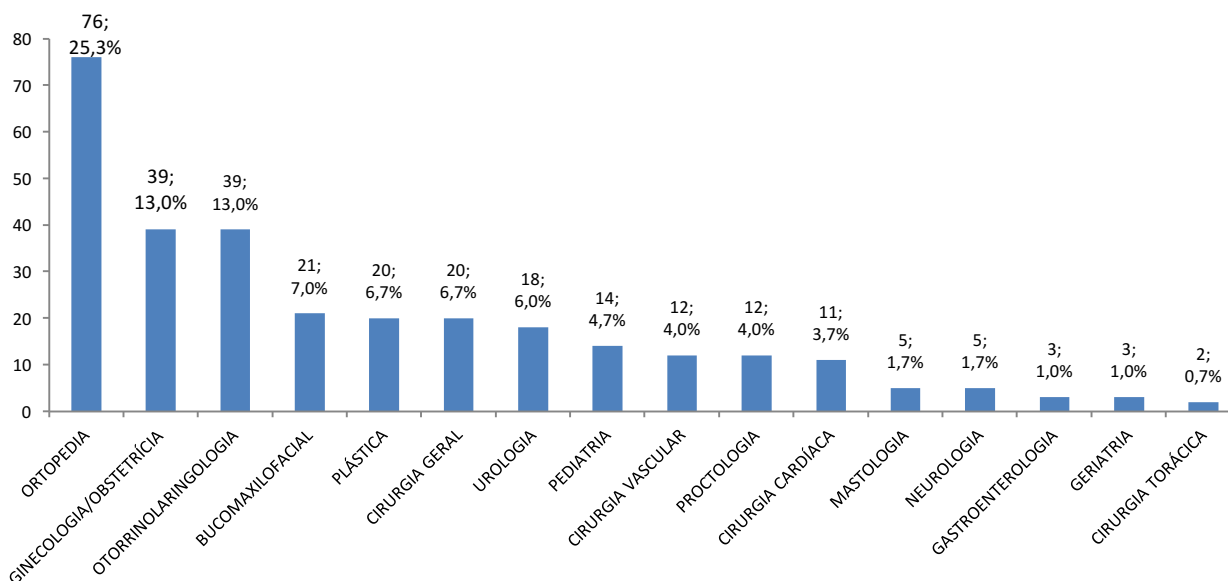
O tipo de admissão predominante foi a eletiva para 66,7% dos pacientes. O tempo de internação no pré-operatório variou de um a 40 dias, com média de 2,6 dias ( $\pm 5$  dias). O tempo de internação após a cirurgia variou de um a 71 dias, com média de 3,2 dias ( $\pm 6,5$  dias). Em ambos os casos o intervalo de até dois dias de internação foi predominante, respectivamente, para 54,3% e 64,7% dos pacientes.

Em relação aos dispositivos tubulares, 27,7% dos pacientes utilizaram sonda, em sua maioria a vesical; 96% fez uso de cateter predominando o periférico e 43,3% utilizou tubo orotraqueal.

As intervenções cirúrgicas realizadas no período do estudo contemplaram diversas especialidades, conforme demonstrado na Figura 1.

A especialidade cirúrgica mais frequente foi a ortopedia com 25,3%, seguida da ginecologia/obstetrícia e otorrinolaringologia, com 13%.

Em média, 26 cirurgias foram realizadas diariamente. As características das intervenções cirúrgicas estão apresentadas na Tabela 3.

**Figura 1:** Especialidades médicas de pacientes submetidos à intervenção cirúrgica em um hospital de ensino.**Tabela 3:** Características das intervenções cirúrgicas realizada em pacientes de um hospital de ensino. Goiânia, GO, Brasil, 2014

Características da intervenção cirúrgica	N	%
<b>Tipo de cirurgia</b>		
Urgência/emergência	39	13,0
Eletiva	253	84,3
Cirurgias suspensas	08	2,7
<b>Potencial de contaminação</b>		
Limpa	146	48,7
Potencialmente contaminada	99	33,0
Contaminada	23	7,7
Infectada	10	3,3
Sem registro	14	4,7
Cirurgias suspensas	08	2,7
<b>Infusão de hemoderivado</b>		
Sim	04	1,3
Não	283	94,3
Sem registro	05	1,6
Cirurgias suspensas	08	2,7
<b>Uso de dreno</b>		
Sim	61	20,3
Não	228	76,0
Sem registro	03	1,0
Cirurgias suspensas	08	2,7
<b>Profilaxia antibiótica</b>		
Sim	252	84,0
Não	31	10,3
Sem registro	09	3,0
Cirurgias suspensas	08	2,7
<b>Registro de profissionais</b>		
Cirurgião	240	80,0
Enfermeiro	14	4,7%
Técnico de enfermagem	252	84,0
Auxiliar de enfermagem	27	9,0
Anestesiista	292	97,3
Médico Residente	52	17,3

Dentre as intervenções cirúrgicas 84,3% foram eletivas e a cirurgia limpa foi predominante em 48,7% dos casos. A necessidade de infusão de hemoderivados foi constatada em 1,3% dos procedimentos cirúrgicos, o uso de dreno foi encontrado em 20,3% e a profilaxia antibiótica realizada em 84% dos pacientes.

Em relação aos profissionais que participaram da avaliação do procedimento cirúrgico, o anestesista ficou

em primeiro lugar com 97%, em seguida o técnico de enfermagem com 84%, o cirurgião com 80%, o médico residente com 17,3%, o auxiliar de enfermagem com 9% e o enfermeiro com 4,7% de participação.

Do total de pacientes internados, 26 foram expostos a algum tipo de incidente, estimando prevalência de 8,7% (36/300; IC95%: 5,9%-12,3%). Os incidentes constatados estão descritos na Tabela 4.

**Tabela 4:** Características dos incidentes ocorridos com pacientes de um hospital de ensino. Goiânia, GO, Brasil, 2014

Caracterização do incidente	N	%
<b>Tipo de incidente</b>		
Cirurgia suspensa	09	34,6
Perfuração de luva	07	27,0
Falhas técnicas envolvendo o paciente (dor durante cirurgia; reação do paciente; lesão uretral; perfuração de reto, bloqueio anestésico mal sucedido)	05	19,2
Gerenciamento do serviço (Falha de organização e falta de material, exame suspenso com paciente em sala, perda de amostra de material)	05	19,2
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

A suspensão de cirurgias, que correspondeu a 34,6% dos incidentes, foi justificada pela falta de profissionais que integram a equipe cirúrgica e, ainda, pela falta da avaliação pré-operatória:

*Paciente seria submetida à septoplastia e amigdalectomia, porém, cirurgia suspensa, por falta de circulante (P61);*

*Paciente seria submetida à blefaroplastia superior e inferior, todavia, cirurgia foi suspensa por falta de anestesista (P59);*

*Cirurgia suspensa pela falta da avaliação da equipe cardiovascular (P1).*

Perfuração de luva foi encontrada em 27,0% dos incidentes registrados:

*Após início do procedimento a luva da mão direita do doutor teve que ser trocada, pois a mesma estava perfurada (P222).*

Os incidentes relacionados ao gerenciamento organizacional corresponderam a 15,4% dos incidentes e

evidenciaram falhas no processo de trabalho, conforme aponta o registro do profissional:

*Recebi sala 05 com o cliente em sala já anestesiado e equipe cirúrgica em fase de degermação das mãos. Não havia aspirador de parede, aspirador frasco, bisturi elétrico, carrinho de insumos para cirurgia. Ainda em falta materiais para a degermação na paciente e desorganização do ambiente que comprometem a qualidade da assistência oferecida" (P268).*

Acidentes com o paciente foram encontrados em 19,2% dos incidentes, apontando falhas técnicas e falta de habilidades por parte dos profissionais durante a intervenção, como é relatado nos registros:

*Paciente com fâcias de dor, feito 25mg de captopril e 2g de dipirona pré-operatório. No intraoperatório, sedação e 100mg de fentanil + 3mg de dormonid (P4);*

*Paciente iniciou edema agudo no pulmão revertido com Furosemida (P14);*

*Paciente apresenta grande e intenso bronco espasmo. Cirurgia Suspensa (P296); Durante a sondagem vesical*

*houve lesão uretral reconhecida pelo sangramento (P267);*

*OBS.: Perfuração de reto inferior na altura do assoalho pélvico (P93).*

Os incidentes relacionados ao gerenciamento do serviço corresponderam a 19,2% dos incidentes e evidenciaram falhas no processo de trabalho da instituição incluindo monitorização do serviço e má qualidade dos equipamentos, conforme registros dos profissionais:

*Recebi sala 05 com o cliente em sala já anestesiado e equipe cirúrgica em fase de degermação das mãos. Não havia aspirador de parede, aspirador frasco, bisturi elétrico, carrinho de insumos para cirurgia. Ainda em falta materiais para a degermação na paciente desorganização do ambiente que comprometem a qualidade da assistência oferecida (P268).*

*Não foi possível o estudo via biliar devido à má qualidade das imagens, segundo técnico de radiologia, o problema era a qualidade ruim dos filmes (P254).*

## DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, o quantitativo de incidentes cirúrgicos encontrados foi de 8,7%, de forma geral, esse resultado corrobora com os estudos de outros autores, sendo que, nestes estudos selecionados sobre incidentes/EA foram encontrados 1,6%, 5,6% e 18,7% (média 82,3)<sup>(2,6,8)</sup>.

Problemas com a administração de recursos humanos geram prejuízos para a instituição, os cancelamentos cirúrgicos foram os incidentes mais evidenciados na pesquisa, assim como, no estudo realizado onde se analisou incidentes sem dano ou eventos adversos, numa amostra pesquisada de 750 internações, encontraram-se as suspensões cirúrgicas em torno de 7,34%<sup>(8)</sup>.

Os cancelamentos cirúrgicos, quando acontecem, trazem prejuízos tanto para a instituição, quanto para o

paciente. Gera aumento do tempo de internação, o que promove a continuidade do paciente em ambiente propício a riscos e, até mesmo, danos e consequências psicológicas que muitas vezes não são comentadas nos estudos.

Para o hospital, frequentemente, gera aumento dos custos financeiros e operacionais em decorrência do desperdício de materiais esterilizados e insumos e da ocupação da sala operatória, pois em sua maioria, as cirurgias são suspensas com o paciente em posição operatória<sup>(13)</sup>. Dessa forma, os materiais são considerados contaminados e são desprezados; os profissionais escalados para auxiliar no procedimento permanecem ociosos enquanto aguardam decisão médica, além da influência negativa no conceito de qualidade da instituição hospitalar<sup>(13)</sup>.

Estudo longitudinal apontou taxa de suspensão cirúrgica de 23,0% em um hospital universitário e que a suspensão ocorre com maior frequência na especialidade de cirurgia geral<sup>(14)</sup>. O estudo evidenciou, ainda, que a programação inadequada e indisponibilidade de roupas estéreis foram as principais causas de cancelamento das cirurgias eletivas.

Os profissionais de saúde devem, portanto, prever as situações que podem afetar o desempenho do serviço. Mudanças no processo de trabalho são necessárias para se evitar cancelamentos desnecessários e garantir a rentabilidade do sistema de saúde, como estabelecer uma comunicação efetiva, um planejamento cuidadoso e uma eficiente utilização dos recursos hospitalares disponíveis<sup>(14)</sup>.

A adequada administração de recursos humanos garante uma assistência de qualidade para os pacientes, além de melhorar a cultura de segurança e organizacional<sup>(5)</sup>. Para que uma instituição que presta assistência e cuidados em saúde incorpore os conceitos de qualidade com foco na segurança do paciente, é necessário que se tenha um adequado dimensionamento do quadro de profissionais, treinamento de pessoal e a satisfação do trabalho através do reconhecimento do



serviço, nível salarial satisfatório, boa relação com a equipe de trabalho e melhores condições de trabalho<sup>(15)</sup>.

Todos estes fatores acabam interferindo no conceito de qualidade que Donabedian formulou e que é utilizado até os dias atuais pela *Joint Commission International* (JCI), *Joint Commission Accreditation and Health Care Organization* (JCAHO) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), organizações que mensuraram a qualidade da assistência nas instituições de saúde.

O gerenciamento acaba por interferir diretamente na cultura organizacional, cultura de segurança e segurança do paciente. Foi encontrado em 19,2% dos casos de questões sobre desorganização e falta de material e com a mesma porcentagem os problemas técnicos também foram evidenciados, tal situação acaba por refletir no que foi mencionado anteriormente. Quando analisados, estes dados indicam a possibilidade de atitudes de (in)gerências por parte dos profissionais de enfermagem.

Para que estes incidentes possam ser evitados e consequentemente minimizados, estes profissionais não devem ser vistos como uma unidade ou um ser independente, mas sim, como uma equipe.

Um aspecto a ressaltar, principalmente em instituições públicas, é a carência, a falta e/ou a má condição dos materiais de consumo. Isso gera estresse na equipe que irá atuar naquele procedimento, quebra na continuidade da assistência que está sendo realizada e pode acarretar danos aos pacientes<sup>(16)</sup>. Esse quadro denota falta ou falha no planejamento, assim como, incoerência nos processos de controle e de informações sobre o gerenciamento de materiais.

Tal realidade influencia a qualidade do serviço, demonstra a relação entre problemas com estrutura e processo de trabalho, que refletem, diretamente, nos resultados da assistência e aponta indicadores que interferem no desempenho dos serviços de saúde<sup>(17)</sup>.

No CC, o paciente sofre diversas intervenções, realizadas por diferentes profissionais, deixando-o sujeito a acidentes no decorrer dos procedimentos, tal fato pode ser corroborado na pesquisa onde 15,4% dos pacientes

foram acometidos por incidentes, do tipo EA, sendo, 1,14% relacionados a falhas no procedimento, evidenciando-se que, 7,7% foram decorrentes de falhas no processo anestésico<sup>(18)</sup>.

Vale ressaltar, que a imperícia médica pode estar relacionada diretamente com a falha no processo anestésico, já que o anestesiológista acompanha desde a prescrição até a administração do fármaco sem o confronto de outro profissional, lidando muitas vezes em caráter de urgência e com fármacos de alta complexidade<sup>(19)</sup>, tendo assim, fatores que muitas vezes se agravam, quando se trata de um hospital escola, onde é comum a prática de estagiários, residentes e internos sem a devida assistência de um preceptor.

Os incidentes causados por falhas técnicas podem resultar em dano grave para o paciente e resultar até mesmo em óbito. Tal consequência é indesejada por todos os profissionais de saúde, pois podem gerar danos psicológicos como angústia e estresse, tanto para os profissionais quanto familiares<sup>(20)</sup>. A instituição também tem prejuízos, comprometendo juntamente o profissional que é envolvido tanto moralmente quanto emocional e eticamente<sup>(18)</sup>.

O uso de luvas durante a realização de qualquer procedimento que exija contato profissional/paciente e haja envolvimento de fluídos corporais, é indispensável, pois diminui o risco de contaminação cruzada. Quando ocorre a perfuração da luva, tanto o profissional quanto o paciente ficam expostos à transmissão de patógenos. Nessa pesquisa foram encontrados 2,3% desses incidentes. Estudo aponta que a qualidade do produto deve ser avaliada, pois testes realizados com luvas cirúrgicas não apresentaram risco de perfurações<sup>(21)</sup>.

A cultura de segurança deverá ser desenvolvida, principalmente quando há a realização de algum tipo de procedimento técnico, fazendo-se de extrema importância que o profissional seja capacitado e que passe por educação continuada, para que esta atividade não seja um evento isolado, mas sim, um processo para a adoção de boas práticas<sup>(22)</sup>.

Se esta cultura for trabalhada dentro da empresa, os riscos de ocasionar algum dano, sejam eles leve, moderado ou de grave intensidade serão diminuídos e, se caso aconteça, será de menor grau do que é evidenciado na realidade atual. A partir disso, o profissional precisa estar comprometido com uma assistência de qualidade, pautado no trabalho em equipe e de modo colaborativo entre seus pares e a equipe multiprofissional<sup>(2)</sup>.

Pensando na prevenção destes incidentes, a instituição deve elaborar e disseminar protocolos operacionais padrão, rotinas, *guidelines*, *bundles*, entre outros, para que haja a padronização das técnicas, procedimentos e condutas, aumentando a segurança do paciente e do profissional, contribuindo assim para o aumento da qualidade da assistência<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

A prevalência dos incidentes relacionados à segurança no contexto cirúrgico foi de 8,7%. As

ocorrências foram atribuídas às falhas no gerenciamento de recursos humanos e materiais o que evidencia a importância da avaliação contínua dos serviços de saúde para uma assistência de qualidade e segura. Os incidentes identificados resultaram em possíveis danos ao paciente, entretanto, constituíram indicadores que direcionam a tomada de decisão dos gestores.

O estudo evidencia a necessidade de investigar como o monitoramento dos incidentes acontece nos serviços de saúde e o impacto desse rastreamento na promoção de mudanças atitudinais e culturais no contexto da assistência.

O envolvimento dos gestores, da equipe cirúrgica e dos pacientes no uso sistematizado do protocolo de cirurgia segura, a notificação permanente para rastreamento e prevenção dos incidentes, a socialização desses indicadores e a aprendizagem a partir do erro, são recomendações que podem contribuir para a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. Práticas Recomendadas da SOBECC: Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. São Paulo: SOBECC; 2013.
2. Souza LP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Rev enferm UERJ. 2011;19(1):127-33.
3. World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Genebra (SW); 2009 [cited 2013 dez 19]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
5. Organização Pan-Americana de Saúde. Aliança mundial para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009.
6. Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta paul enferm. 2013;26(4):376-81.
7. Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev bras epidemiol. 2012;15(3):523-35.
8. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. Acta Paul Enferm. 2013;26(3):256-62.
9. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (Brasil); 2009 [cited 2014 jun 31]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_pacient\\_e\\_cirurgia\\_salva\\_manual.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_pacient_e_cirurgia_salva_manual.pdf).
10. The Joint Commission. The Joint Commission announces 2014 national patient safety goal. The official newsletter of The Joint Commission. 2013; 33(7):1-20.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2015 mar 26]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

13. Sá SPC, Carmo TG, Canale LS. Avaliando o indicador de desempenho suspensão cirúrgica, como fator de qualidade na assistência ao paciente cirúrgico. *Enfermería global*. 2011;10(23):200-09.
14. Haile M; Desalegn N. Prospective Study of Proportions and Causes of Cancellation of Surgical Operations at Jimma University Teaching Hospital, Ethiopia. *Int J Anesth Res*. 2015; 3(2): 87-90.
15. Siqueira VTA, Kurcgant P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):151-7.
16. Castro LC, Castilho VO. Custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. *Rev Lat American Enferm*. 2013;21(6):1228-34.
17. Machado JP, Martins ACM, Martins S. Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1063-82.
18. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(2):204-11.
19. Erdmann TR, Garcia JHS, Loureiro ML, Monteiro MP, Brunharo GM. Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anesthesiologistas catarinenses [Internet]. *Rer Bras Anesthesiol*. 2014 [cited 2014 ago 15]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.06.004>.
20. Correggio TC, Amante LN, Barbosa SFF. Avaliação da cultura de segurança do paciente em Centro Cirúrgico. *Rev SOBECC*. 2014;19(2):67-3.
21. Han CD, Kim J, Moon SH, Lee BH, Kwon HM, Park KK. A Randomized Prospective Study of Glove Perforation in Orthopaedic Surgery: Is a Thick Glove More Effective? *J Arthroplasty*. 2013;28(10): 1878-81.
22. Paranaguá TTB, Braga QP, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Azevedo Filho FM, Sousa MRG. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Enfermería Global*. 2014;(34):219-31.

Recebido: 17/12/2014.

Aceito: 24/03/2015.

Publicado: 31/12/2015.