

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES NO PERIOPERATÓRIO RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE

Vanessa Aguiar Ponte¹, Anderson Mariano Massena², Alan Sidney Jacinto da Silva³, Thiago Moura de Araújo⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar fatores de risco para complicações perioperatórias relacionadas à segurança do paciente, mediante uso de um instrumento de avaliação.

Método: estudo transversal com abordagem exploratória realizado em um hospital no estado do Ceará, de março a abril de 2017.

Resultados: destaca-se a não aplicação das escalas de Glasgow e Aldrete-Kroulik e a ausência de identificação do paciente. Em mais de 69% da amostra não se obteve o termo de consentimento para realização da cirurgia e o anestesiológico não se manteve presente na realização do procedimento cirúrgico. Houve significância na relação entre a verificação das queixas no pré-operatório e as cirurgias eletivas e de urgência ($p < 0,001$).

Conclusão: diversos riscos podem ocasionar complicações no perioperatório, estes são evitáveis se os profissionais seguirem as recomendações de segurança do paciente orientadas pela Organização Mundial de Saúde, aliada à adoção de protocolos e *checklists*. Esse estudo demonstra quais resultados podem ser obtidos ao se adotar tais procedimentos.


DESCRITORES: Fatores de Risco; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Assistência Perioperatória; Segurança do Paciente.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Ponte VA, Mariano AM, Silva ASJ da, Araújo TM de. Avaliação de fatores de risco para complicações no perioperatório relacionadas à segurança do paciente. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61834>.




Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil. 

²Enfermeiro. Pós-graduando em Saúde da família. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil. 

³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil. 

⁴Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil. 

EVALUATION OF RISK FACTORS FOR PERIOPERATIVE COMPLICATIONS RELATED TO PATIENT SAFETY

ABSTRACT

Objective: To evaluate risk factors for perioperative complications related to patient safety through the use of an evaluation instrument.

Method: Cross-sectional exploratory study conducted in a hospital in the state of Ceará, from March to April 2017.

Results: Glasgow and Aldrete-Kroulik scales not used and absence of patient identification. In more than 69% of the sample, the consent form for surgery was not signed and the anesthesiologist was not present during the surgical procedure. There was a statistically significant relationship between preoperative complaints and elective and emergency surgeries ($p < 0.001$).

Conclusion: Several risks can lead to complications in the perioperative period, which can be avoided if health professionals follow the World Health Organization's patient safety recommendations, associated with the implementation of protocols and checklists.

DESCRIPTORS: Risk factors; Surgical Procedures; Perioperative Care; Patient safety.

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES EN LAS PERIOPERATIVAS ASOCIADAS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

Objetivo: analizar factores de riesgo para complicaciones perioperativas asociadas a la seguridad del paciente, por medio de uso de un instrumento de evaluación.

Método: estudio transversal con abordaje exploratorio que se realizó en un hospital en el estado de Ceará, de marzo a abril de 2017.

Resultados: se destaca la no aplicación de las escalas de Glasgow y Aldrete-Kroulik y la ausencia de identificación del paciente. En más de 69% de la muestra no se obtuvo la autorización de consentimiento para realizar la cirugía y el anestesiólogo no se mantuvo presente en la realización del procedimiento quirúrgico. Hubo significancia en la relación entre la verificación de las quejas en el preoperatorio y las cirugías electivas y de urgencia ($p < 0,001$).

Conclusión: diversos riesgos pueden ocasionar complicaciones en el perioperativo, pero se los pueden evitar si los profesionales siguen las recomendaciones de seguridad del paciente por medio de orientación de la Organización Mundial de la Salud, añadiéndose a eso la adopción de protocolos y checklists. Ese estudio muestra cuáles resultados se obtienen cuando se adoptan esos procedimientos.

DESCRIPTORES: Factores de Riesgo; Procedimientos Quirúrgicos Operatorios; Asistencia Perioperativa; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente foi criada na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, com objetivo de liderar mundialmente os programas de segurança ao paciente, delimitando objetivos, como o desenvolvimento de mecanismos para melhoria da segurança do paciente, criação de normas globais, protocolos e orientações, além do desenvolvimento de investigações⁽¹⁾.

Para atender a proposta referida, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada, por meio da implantação de seis metas: identificação do paciente; prevenção de lesões por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de quedas; e cirurgia segura⁽²⁾.

Em 2008, o Brasil deu importantes passos na construção de cirurgia segura, quando o MS aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo principal objetivo era a adoção pelos hospitais de lista de verificação padronizada elaborada por especialistas, com o objetivo de contribuir para cirurgia segura e minimização de erros e danos ao paciente⁽³⁾.

Tais iniciativas merecem destaque, pois os eventos adversos hospitalares (EAs) têm estimativa de ocorrência em 4 a 16% de todos os pacientes hospitalizados, sendo que mais de metade advém dos cuidados cirúrgicos. Em países industrializados, as complicações cirúrgicas ocorrem entre 3 a 16% dos pacientes submetidos a cirurgia, com taxa de mortalidade de 0,4 - 0,8%⁽⁴⁾.

As infecções não relacionadas ao sítio cirúrgico e as hemorragias se apresentam como eventos adversos cirúrgicos relevantes⁽⁵⁻⁶⁾. As infecções de sítio cirúrgico (ISC) e as deiscências apresenta alta taxa de mortalidade. Dentre as mortes ligadas à infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), 77% estão associadas à ISC. No Brasil, 11% de todos os procedimentos cirúrgicos desenvolvem algum tipo de infecção⁽⁷⁾.

Desta forma, verifica-se que as complicações perioperatórias são um risco real para o estado de saúde do paciente submetido a cirurgia, e entre os fatores desencadeadores destas complicações estão o prognóstico clínico presente, o estágio de agravo do paciente, o tipo de anestesia e demais medicações administradas, os procedimentos invasivos e o preparo da equipe na prestação de uma assistência segura e de qualidade⁽⁷⁻⁸⁾.

Os profissionais de saúde, incluindo a equipe de enfermagem, exercem papel fundamental na prática cirúrgica. Deste modo, torna-se necessário conhecer os principais fatores de risco que contribuem para as complicações do procedimento cirúrgico, visando à implementação de práticas seguras. Objetivou-se avaliar os fatores de risco para complicações perioperatórias relacionadas à segurança do paciente em um hospital do Ceará pólo em traumatologia e cirurgia geral.

MÉTODO

Estudo transversal com abordagem exploratória, realizado em um hospital do estado do Ceará, cuja abrangência representa toda a Macrorregião do Maciço de Baturité, que consta de 13 municípios. O hospital é pólo em traumatologia e cirurgia geral.

Foram contabilizadas 187 pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos no primeiro trimestre do ano de 2017, uma média de 62 cirurgias por mês, vale destacar que cada indivíduo passou por um procedimento cirúrgico apenas.

A amostra foi definida por meio de amostragem transversal finita, calculada com

uma margem de erro de 5%, e considerando a proporção de 16% do total de indivíduos apresentando complicações, segundo dados da Anvisa que consideram uma taxa de complicações entre 14 a 16%⁽⁹⁾. Definiu-se então uma amostragem de 98 sujeitos.

Foram elencados os critérios de elegibilidade: pacientes submetidos a procedimento cirúrgico que concordassem em fazer parte do estudo; excluindo-se aqueles que já apresentaram quadro grave de saúde e/ou risco eminente de morte, antes do procedimento cirúrgico. Ao longo da pesquisa foram acompanhados todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, sem distinção de sexo, idade ou qualquer outra variável.

Foi utilizado um instrumento desenvolvido com base no *checklist* construído pela OMS por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, e com base em estudos sobre protocolos de cirurgia segura, como os desenvolvidos em hospitais específicos⁽¹⁰⁻¹³⁾. Buscou-se identificar de maneira mais ampla os fatores de risco para complicações trans-operatórias relacionadas à segurança do paciente, avaliando a condição do paciente e procedimentos realizados ou não, que possam significar risco de complicações pós-operatórias. Foram observados os itens de avaliação do instrumento de acordo com o período cirúrgico, de modo que as intervenções e cuidados realizados ou não fossem assinalados no instrumento.

O instrumento de avaliação perioperatória utilizado é composto por três partes, a saber: a pré-operatória, trans-operatório e pós-operatório. Antes destas há um cabeçalho para informações do paciente, como nome, sexo, idade e endereço. A parte do instrumento pré-operatória avalia o paciente antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico, verificando atitudes como a realização do questionamento quanto a comorbidades e queixas de saúde, aplicação da escala de Glasgow e presença da pulseira de identificação.

No período intraoperatório avalia-se a confirmação do procedimento e o nome do paciente, além do uso de antibióticos profiláticos, contagem do instrumental e confirmação do procedimento. Finalizando, a última parte do instrumento avalia o período pós-operatório, que julga os itens a partir do momento da entrada do paciente até sua alta da sala de recuperação pós-anestésica quanto à aplicação das escalas de Glasgow e de Aldrete-Kroulik, avaliação das condições do curativo, cuidados quanto ao tipo de anestesia e as queixas do paciente. O preenchimento do instrumento foi realizado acompanhado do paciente, para verificação de todos os procedimentos e/ou condutas realizadas.

Os resultados foram agrupados e organizados em tabelas no programa Microsoft Excel 2010 e processados pelo programa Epi Info™ 7.2.1.0.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira sob o parecer nº 2.195.693.

RESULTADOS

Participaram do estudo 98 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, dos quais 64 (65,3%) são do sexo masculino, apresentando faixa etária entre 31 e 50 anos de idade 36 (36,7%), concernente à cidade de origem 34 (34,7%) são procedentes de Aracoiaba e 22 (22,4%) de Baturité, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de pacientes submetidos a cirurgia em um hospital de referência em traumatologia e cirurgia da Região do Maciço de Baturité, CE, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	64	65,3

	Feminino	34	34,7
Cidade	Aracoiaba	34	34,7
	Aratuba	2	2
	Baturité	22	22,4
	Capistrano	12	12,2
	Itapiúna	5	5,1
	Mulungu	7	7,1
	Redenção	1	1
	Pacoti	11	11,2
	Palmácia	2	2
	Pindoretama	2	2
Idade	<=18	13	13,3
	>18 e <=30	28	28,6
	>30 e <=50	36	36,7
	>50	21	21,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Dos procedimentos cirúrgicos realizados, 59 (60,2%) ocorreram na data de internação do paciente e os demais em dias decorrentes ao da internação. Na avaliação pré-operatória, percebeu-se que os leitos do hospital não apresentavam identificação do paciente, além disso, a pulseira de identificação não é uma prática presente no hospital do estudo. As tricotomias foram realizadas de acordo com o tipo de cirurgia, localização e necessidade, verificando-se em 67 (60,4%) procedimentos cirúrgicos.

A tipagem sanguínea não estava definida antes da cirurgia em 87 (88,8%) dos participantes avaliados. A escala de Glasgow e a escala de Aldrete-Kroulik não foram aplicadas nos pacientes em nenhum período cirúrgico, bem como o balanço hídrico não foi realizado na amostra observada.

Ainda na avaliação dos itens relativos ao pré-operatório, a verificação do procedimento cirúrgico indicado, realização de exames laboratoriais e verificação de alergia medicamentosa, apresentaram índices positivos com 100% de realização, além disso, a punção prévia do acesso venoso e a retirada de adornos foram realizadas em todos os pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição de itens de verificação relativos à segurança do paciente, no período pré-operatório das cirurgias realizadas em um hospital de referência em traumatologia e cirurgia da Região do Maciço de Baturité, CE, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	Sim	%	Não	%
Cirurgias na data de admissão	59	60,2	39	39,8
Tricotomia	67	68,4	31	31,6
Verificação de comorbidades	67	68,4	31	31,6
Tipagem sanguínea	11	11,2	87	88,8
Teste de equipamentos	80	80,6	18	18,4

Termo de consentimento assinado	30	30,6	68	69,4
Verificação das queixas	27	27,5	71	72,4
Exames radiológicos	87	88,8	11	11,2
Prótese dentária	87	88,8	11	11,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A confirmação do procedimento e do local da incisão cirúrgica foi realizada em 100% dos procedimentos, no entanto, a confirmação do nome do paciente apresentou valores baixos, com 60 (88,2%) pacientes submetidos a cirurgias sem a confirmação do nome.

Ao avaliar a permanência dos anestesiológicos em sala ao longo do procedimento, obteve-se um resultado preocupante: em 69 (70,4%) procedimentos os anestesiológicos se retiravam da sala de cirurgia após a indução anestésica ou ao longo do procedimento, tendo um acompanhamento integral dos anestesiológicos em apenas 29 (29,5%) procedimentos. A manutenção anestésica dos pacientes não se manteve em cinco (5,1%) procedimentos, necessitando de novas doses de anestésicos ao decorrer da cirurgia. Dos procedimentos, 69 (70,4%) foram realizados sob indução anestésica raquimedular e 19 (19,4%) por meio do bloqueio do plexo braquial.

A antibioticoprofilaxia foi realizada em todos os pacientes, assim como a confirmação do procedimento, a contagem do instrumental cirúrgico, contagem das compressas e confirmação do local do procedimento foram realizadas em 100% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Além destes, a degermação e antisepsia do campo e a anexação da placa dispersiva foram realizados em todos pacientes, enquanto isso nenhum paciente foi intubado ou passou por séria intercorrência cirúrgica que levasse risco à vida.

A Tabela 3 relaciona os tipos de cirurgia eletiva e de urgência com variáveis avaliadas no perioperatório. Do total de procedimentos cirúrgicos realizados, 84 (85,7%) foram eletivos e 14 (14,2%) de urgência.

Tabela 3 - Relação do tipo de cirurgia e itens de verificação correspondente à cirurgia segura no perioperatório em um hospital de referência em traumatologia e cirurgia da Região do Maciço de Baturité, CE, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis		Tipos das cirurgias		Total n(%)	P
		Eletiva n(%)	Urgência n(%)		
Tricotomia	Sim	59 (88,06)	8 (11,94)	67 (100)	0,329
	Não	25 (80,65)	6 (19,35)	31 (100)	
Verificação das Comorbidades	Sim	58 (86,57)	9 (13,43)	67 (100)	0,722
	Não	26 (83,87)	5 (16,13)	31 (100)	
Teste dos equipamentos	Sim	68 (85)	12 (15)	80 (100)	0,957
	Não	16 (88,89)	2 (11,11)	18 (100)	
Termo de consentimento	Sim	24 (80)	6 (20)	30 (100)	0,282
	Não	60 (88,24)	8 (11,76)	68 (100)	
Verificação das queixas no pré-operatório	Sim	18 (66,67)	9 (33,33)	27 (100)	<0,001
	Não	66 (92,96)	5 (7,04)	71 (100)	

Confirmação do tempo de jejum	Sim	20 (90,91)	2 (9,09)	22 (100)	0,656
	Não	64 (84,21)	12 (15,79)	76 (100)	
Verificação das queixas no intraoperatório	Sim	17 (77,27)	5 (22,73)	22 (100)	0,198
	Não	67 (88,16)	9 (11,84)	76 (100)	
Confirmação do nome do paciente	Sim	33 (86,84)	5 (13,16)	38 (100)	0,799
	Não	51 (85)	9 (15)	90 (100)	
Realizada limpeza da sala de cirurgia	Sim	70 (87,50)	10 (12,50)	80 (100)	0,488
	Não	14 (77,78)	4 (22,22)	18 (100)	
Anestesiologista em sala	Sim	26 (89,66)	3 (10,34)	29 (100)	0,684
	Não	58 (84,06)	11 (15,94)	69 (100)	
Manutenção da anestesia do paciente	Sim	80 (86,02)	13 (13,98)	93 (100)	1
	Não	4 (80)	1 (20)	5 (100)	
Verificação das queixas no pós-operatório	Sim	67 (85,90)	11 (14,10)	78 (100)	1
	Não	17 (85)	3 (15)	20 (100)	
Sinais de choque	Sim	67 (85,90)	11 (14,10)	78 (100)	1
	Não	17 (85)	3 (15)	20 (100)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Percebeu-se que a não verificação das queixas de saúde dos pacientes ocorreu nas cirurgias eletivas. Este achado apresenta relevância estatística e merece destaque, haja visto que ao apresentar-se estável na condição de uma cirurgia eletiva o paciente muitas vezes deixa de ser questionado sobre suas condições atuais de saúde. Ainda referente à verificação das queixas de saúde, é possível notar que estas são indagadas principalmente no pós-operatório.

A utilização do termo de consentimento ocorreu em mais da metade das cirurgias de urgência, enquanto que nas cirurgias eletivas esse número apresentou-se abaixo dos 50%. No total dos procedimentos realizados, a maioria não se obteve o termo de consentimento dos pacientes ou responsáveis.

As comorbidades dos participantes foram verificadas na maioria dos procedimentos cirúrgicos. Também houve testagem dos equipamentos e a limpeza da sala de cirurgia. Porém, ainda existem cirurgias sendo realizadas sem a testagem dos equipamentos e em salas sem higiene adequada, e este achado não está ligado apenas às cirurgias de caráter urgente, mas também às eletivas.

Apesar da verificação das queixas de saúde realizada no período pré-operatório, sinais de choque ainda foram observados na maioria dos pacientes submetidos a cirurgias tanto eletivas quanto de urgência.

DISCUSSÃO

Os serviços de referência para traumas na maioria das vezes estão relacionados ao atendimento de acidentes automobilísticos envolvendo indivíduos do sexo masculino⁽¹⁴⁾, este achado pode justificar a prevalência do sexo masculino encontrado no presente estudo.

No entanto, estudos que avaliaram eventos adversos hospitalares relacionados a procedimentos cirúrgicos constataram a prevalência do sexo feminino entre os indivíduos submetidos a cirurgias^(8,15). Porém, a média de idade dos participantes dos estudos supracitados corrobora com a idade dos pacientes avaliados na presente pesquisa.

O fato das cidades de Aracoiaba e Baturité corresponderem juntas a 57,1% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados na região ocorre por apresentarem maiores populações entre as cidades da área de cobertura do hospital, além da proximidade com o referido serviço.

A identificação do paciente no ambiente hospitalar é problema comum, como aponta uma pesquisa realizada no sul do Brasil, na qual nenhum dos 1068 pacientes avaliados apresentou identificação no leito⁽¹⁶⁾. A instituição de saúde deste estudo não incorpora práticas de identificação do paciente. A confirmação do nome do paciente não foi realizada em mais da metade dos procedimentos cirúrgicos no referido hospital. Um problema grave que pode suscitar uma gama de erros e até mesmo eventos adversos.

O PNSP traz em suas metas a identificação correta do paciente desde a admissão até a alta do serviço. Além disso, reforçando a necessidade da identificação do paciente, o protocolo de cirurgia segura do PNSP indica a confirmação do nome do paciente, local da cirurgia, procedimento a ser realizado e consentimento do mesmo antes da indução anestésica.

Em pouco mais de 30% dos procedimentos realizados nesta pesquisa, não foram questionadas as comorbidades dos pacientes. Associado a isto, os valores referentes à verificação das queixas de saúde apresentaram-se reduzidos, tanto no pré-operatório quanto no intraoperatório, ambos não foram verificados em mais de 70% dos procedimentos, apresentando maiores números de verificação no período pós-operatório. Estudos recentes mostram que pacientes cirúrgicos com comorbidades podem desencadear complicações durante todo o perioperatório^(8,17).

A avaliação das características do paciente, incluindo suas comorbidades, queixas de saúde, exames laboratoriais e/ou diagnósticos são responsabilidades da equipe de saúde do qual o enfermeiro do centro cirúrgico é membro, esta avaliação é imprescindível para a condução do procedimento cirúrgico mais seguro.

As escalas de coma de Glasgow e Aldrete-Kroulik são amplamente utilizadas em meio hospitalar. A baixa adesão às escalas pode estar associada à deficiência de informação e falta de capacitação dos profissionais para utilizá-las, impossibilitando assim atenção mais especializada do nível de consciência, interferindo na qualidade da assistência e na segurança do paciente⁽¹⁸⁾.

A antibioticoprofilaxia cirúrgica foi realizada em 100% dos pacientes, acarretando em menor riscos de infecção pós-operatória, além da morbidade e letalidade dos procedimentos cirúrgicos. Estudos mostram dados semelhantes aos levantados nesta pesquisa, com alta adesão da antibioticoprofilaxia entre os pacientes pré-cirúrgicos^(8,17,19).

Estudo que analisou a profilaxia antimicrobiana, com revisão de 700 prontuários de pacientes submetidos a cirurgias limpas, constatou que a administração antimicrobiana foi realizada em 86,6% dos pacientes, reduzindo as taxas de infecção entre os pacientes. O uso adequado da profilaxia antimicrobiana previne as ISC, entretanto, sua eficácia depende de fatores essenciais como o tempo de início da profilaxia, tempo de duração da cirurgia e a necessidade de repetição no intra e no pós-operatório⁽²⁰⁾.

A verificação do jejum não foi realizada em mais de 70% dos pacientes, estes entraram em procedimento cirúrgico sem sua devida confirmação. A broncoaspiração é rara, porém cuidados são necessários para que continue sendo evitada. Protocolos de jejum pré-operatório indicam períodos curtos de privação alimentar, com boa tolerância do jejum de três a duas horas após ingestão de líquidos claros ou bebidas com carboidratos, sem causar nenhum acréscimo no número de aspirações pulmonares trans-operatórias⁽²¹⁾. Os

registros demonstravam que a orientação médica padrão para cirurgias eletivas era de jejum de 8 horas, mesmo não sendo este verificado.

Um dos resultados que se revelou mais importante e crítico é a não permanência do anestesiológico em sala cirúrgica no decorrer do procedimento. Diferente deste achado, estudos apontam a avaliação contínua do profissional anestesiológico com foco na verificação de sinais vitais, estado hemodinâmico e neurológico do paciente. A avaliação neurofisiológica aponta-se como cuidado para evitar complicações no intra-operatório e no pós-operatório, bem como as avaliações prévias que foram realizadas em situações de cirurgias especiais⁽²²⁻²³⁾.

A Anvisa, assim como os demais órgãos de saúde, dentro das suas atribuições, preocupa-se com a realização de cirurgias seguras nos serviços de saúde e aponta a relevância da presença contínua de um anestesiológico qualificado e vigilante durante todas as fases do procedimento cirúrgico, assim como de toda a equipe cirúrgica, com vistas a promover a melhoria da segurança e a redução do número de mortes e complicações cirúrgicas⁽¹⁾.

Houve significância estatística na relação entre a verificação das queixas no pré-operatório e as cirurgias eletivas e de urgência ($p < 0,001$), de modo que das queixas verificadas, 33,33% ocorreram nos procedimentos de urgência e das não verificadas mais de 90% incidiu em procedimentos eletivos. Isso aponta elevado risco para pacientes com procedimentos cirúrgicos eletivos que apresentam queixas de saúde a serem avaliadas pela equipe de saúde.

A verificação das queixas do paciente pode ser considerada atribuição da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), uma vez que busca identificar diversos fatores de risco relacionados à cirurgia de modo a deixar a equipe preparada para eventuais complicações. Estudo realizado em um hospital de Santa Catarina revelou que a SAEP direcionou o cuidado dos enfermeiros, possibilitando conhecimento mais amplo do estado de saúde do paciente e por sua vez auxiliando na continuidade e na segurança da assistência prestada⁽²²⁾.

A limpeza da sala de cirurgia foi realizada em mais de 80% dos procedimentos, contudo a ausência da limpeza ocorreu em situações eletivas e de urgência, fato preocupante tendo em vista o tempo de preparo da equipe. Essa realidade também foi identificada em hospital de ensino de Goiânia em que 87,5% dos procedimentos em geral também não obtiveram uma limpeza prévia da sala de cirurgia⁽²⁴⁾.

O perioperatório é um período passível de falhas, o que evidencia a necessidade de avaliação contínua dos centros cirúrgicos, por tratar-se de local decisivo na vida do paciente⁽⁸⁾. A ausência de um protocolo assistencial ou da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS possivelmente tem reflexo sobre a ocorrência de eventos adversos em cirurgia, o que suscita a necessidade de sensibilização e empoderamento das equipes para adoção de estratégias que possam melhorar a assistência cirúrgica⁽²⁵⁾.

Dentre as limitações do estudo devem-se levar em conta a realização da pesquisa em um único hospital, o que impossibilita a generalização dos dados obtidos, mas suscita a realização de novas pesquisas na área.

CONCLUSÃO

O presente estudo forneceu uma visão global dos fatores de risco para complicações perioperatórias relacionadas à segurança do paciente em um hospital referência em traumatologia e cirurgia geral, o que torna possível o aprimoramento de práticas seguras dentro da instituição e em instituições semelhantes.

Muitas das ações não realizadas são de responsabilidade do enfermeiro, especialmente

no que tange à implementação de protocolos de verificação de segurança do paciente. Os itens verificados são ações necessárias para assistência segura, porém a incorporação de mudanças em qualquer instituição requer tempo e proatividade de seus profissionais assistenciais e gestores. Mediante a relevância dos resultados apresentados, os mesmos devem ser considerados frente à necessidade de assegurar procedimentos cirúrgicos mais seguros.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>.
2. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Trad. de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
4. World Health Organization(WHO). World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. [Internet]. Genebra: WHO; 2008 [acesso em 13 nov 2018]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf.
5. Hemesath MP, Santos HB dos, Torelly EMS, Barbosa A da S, Magalhães AMM de. Educational strategies to improve adherence to patient identification. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 19 jan 2018]; 36(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/1983-1447-rgenf-36-04-00043.pdf>.
6. Panesar SS, Noble DJ, Mirza SB, Patel B, Mann B, Emerton M, et al. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? Can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. J Orthop Surg Res. [Internet]. 2011 [acesso em 28 dez 2017]; 6(18). Disponível em: <https://josr-online.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1749-799X-6-18>.
7. Carvalho VM, Moura MEB, Batista OMA, Cruz MP da, Sousa MAS de, Andrade MFR de. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico. R. Interd. [Internet]. 2015 [acesso em 30 dez 2017]; 8(3). Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/596/pdf_232.
8. Bezerra WR, Bezerra ALQ, Paranaguá TT de B, Bernardes MJC, Teixeira CC. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 [acesso em 09 jan 2018]; 17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.33339>.
9. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. [Internet]. Brasília; 2009 [acesso em 09 jan 2018]; 17(4). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+>.
10. Costa HCBAL da, Santos RL, Nascimento JE de A. Resultados clínicos antes e após a implantação do protocolo ACERTO. Rev. Col Bras Cir. [Internet]. 2012 [acesso em 01 jan 2018]; 3(40). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n3/02.pdf>.
11. Motta Filho G da R, Silva L de FN da, Ferracini AM, Bahr GL. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rev Bras Ortop. [Internet]. 2013 [acesso em 19 mar

- 2019]; 48(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00554.pdf.
12. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz ED de AC. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 [acesso em 18 mar 2019]; 19(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150032>.
13. Monteiro EL, Melo CL de, Amaral TLM, Prado PR do. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. Rev. SOBCEC. [Internet]. 2014 [acesso em 12 jan 2019]; 19(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/sobecc.2014.016>.
14. Franco MSP, Lins AC de L, Lima AKMMN de, Araújo TLC de, Amaral RC do. Caracterização de pacientes vítimas de acidentes de trânsito admitidos em hospital regional da Paraíba. R. Interd. [Internet]. 2015 [acesso em 03 jan 2018]; 2(8). Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/567>.
15. Moura ML de O, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2012 [acesso em 30 nov 2017]; 15(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300007>.
16. Tres DP, Oliveira JLC, Vituri DW, Alves SR, Rigo DFH, Nicola AR. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. Cogitare enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 12 jan 2018]; 21(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.44938>.
17. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, Valério MA, Barra MR, Stadler DV. Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2015 [acesso em 22 jan 2018]; 9(1). Disponível: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16097/1/Oddone%20Freitas%20Melro%20Braghioli.pdf>.
18. Santos WC, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Assessment of nurse's knowledge about Glaslow coma scale at a university hospital. Einstein. [Internet]. 2016 [acesso em 06 fev 2018]; 14(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3618>.
19. Oliveira AC de, Gama CS. Evaluation of adherence to measures for the prevention of surgical site infections by the surgical team. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2015 [acesso em 21 jan 2018]; 5(49). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500009>.
20. Gebrim CFL, Rodrigues JG, Queiroz MNR, Barreto RASS, Palos MAP. Análise da Profilaxia Antimicrobiana para a Prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico em um Hospital do Centro-Oeste Brasileiro. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 27 jan 2018]; 20(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200011>.
21. Ludwig RB, Paludo J, Fernandes D, Scherer F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2013 [acesso em 01 fev 2018]; 1(26). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000100012>.
22. Macena MDA, Zeferino MGM, Almeida DA de. Assistência do enfermeiro aos pacientes em recuperação pós cirúrgica: cuidados imediatos. Rev Inic Cient Libertas. [Internet]. 2014 [acesso em 01 fev 2018]; 4(1). Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/52/76>.
23. Organização Mundial de Saúde (OMS). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 [Internet]. Genebra: OMS; 2009 [acesso em 29 jan 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;jsessionid=BDDD510F93233FD665585ACF23FFEEA4?sequence=8.
24. Barreto RA dos SS, Rocha-Vilefort LO, Souza ACS e, Prado-Palos MA, Barbosa MA, Borges VPFN. Processo de limpeza da sala operatória: riscos à saúde do usuário e do trabalhador. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2011 [acesso em 09 fev 2018]; 13(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9191>.
25. Freitas MR de, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes F da C, Monte L de C, Gama ZA da S. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2014 [acesso em

04 jan 2018]; 1(30). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00184612>.

Recebido: 27/09/2018

Finalizado: 11/06/2019

Autor Correspondente:

Vanessa Aguiar Ponte

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

R. Madre Pierina Uslengh, 550 - 62760-000 - Baturité, CE, Brasil

E-mail: vanessa_2f@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - VAP, AMM, ASJS, TMA

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - VAP, AMM, ASJS, TMA
